



L'autonomie des sages-femmes : lecture sociologique de leur gestion des efforts expulsifs dans deux maternités franciliennes

Noémie Burgard

► To cite this version:

Noémie Burgard. L'autonomie des sages-femmes : lecture sociologique de leur gestion des efforts expulsifs dans deux maternités franciliennes. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01019493

HAL Id: dumas-01019493

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01019493>

Submitted on 7 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 28 Avril 2014

par

Noémie BURGARD

Née le 08/08/1978

L'autonomie des sages-femmes :

**Lecture sociologique de leur gestion des efforts expulsifs
dans deux maternités franciliennes**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame SAUVEGRAIN Priscille

Sage-femme et docteur en sociologie

JURY :

Docteur VINCENT Aurélie
Madame BENJILANY Sarah
Madame DELESPINE Mathilde
Monsieur BERTHO Baptiste
Madame DUQUENOIS Sylvie

Représentante du directeur technique et d'enseignement
Sage-femme, psychologue
Sage-femme,
Représentant de la directrice de l'école Baudelocque
Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

Mémoire N° 2014PA05MA06

Remerciements

Un immense merci à ma directrice de mémoire, Priscille Sauvegrain, pour sa patience, sa disponibilité et son aide précieuse qui ont permis d'aiguiller mes réflexions tout au long de ce travail. Je remercie également beaucoup Sylvie Duquenois, co-directrice, pour les nombreux échanges que nous avons eus.

Je remercie tout aussi vivement les deux équipes de sages-femmes des maternités pour leur disponibilité (malgré la fatigue en sortant de garde), et leurs conseils.

Un grand merci à ma famille pour son soutien et ses encouragements. Mathieu et Ryam qui ont supporté, avec patience, ces longues années de reconversion et qui ont cru en moi dès le premier jour, vous êtes mes piliers. Geneviève, Didier et Christiane pour leur amour et leur soutien inconditionnel.

Des remerciements tous particuliers et une pensée émue pour mon papa, Jean-Baptiste Burgard...

Merci aussi à tous mes amis, ma tribu, qui ont aussi soutenu ce projet fou depuis le départ : Débora, Cid, Noëlya et tous les autres.

Et enfin, un grand merci à mes ami(e)s de promotion (trop nombreux pour les citer), pour ces innombrables moments passés ensemble qui donnent le sourire rien qu'en y pensant, et qui ont fait de ces 4 années une petite bulle de joie.

Table des matières

Listes des annexes.....	I
Introduction.....	1
1.1 Les travaux des sociologues français à propos des sages-femmes.....	3
1.1.1 Les apports de François-Xavier Schweyer.....	3
1.1.2 Les études de Danièle Carricaburu.....	4
1.2 Définitions sociologiques des professions	6
1.3 L'autonomie comme notion centrale des professions.....	8
1.4 La durée des efforts expulsifs en France	9
1.4.1 Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).....	9
1.4.2 Durée des efforts expulsifs : données de la littérature.....	9
1.4.3 Polémique française sur la durée des efforts expulsifs.	10
1.4.3.1 Etat néonatal et durée des efforts expulsifs chez les primipares à bas risques	10
1.4.3.1 Durée des efforts expulsifs : une autre vision	11
2.1 Méthode choisie pour traiter le sujet	13
2.1.1 La problématique	13
2.1.2 Les Hypothèses de cette étude	13
2.1.3 Les objectifs de cette étude	14
2.2 Présentation du terrain et méthodes de recueil de données	14
2.2.1 Les terrains de stages comme choix de lieux d'enquêtes	14
2.2.2.1 La maternité A.....	14
2.2.2.1 La maternité B.....	15
2.2.2 L'observation participante	15
2.2.3 Les entretiens	16
2.2.3.1 La technique et le guide d'entretien.....	16
2.2.3.2 Les enquêtés.	17
2.3 L'analyse des résultats	18
3.1 Analyses chronologiques.....	23
3.1.1 Les similarités des pratiques.....	23
3.1.1.1 Les positions d'installations.....	23
3.1.1.2 L'épisiotomie	25
3.1.1.3 La participation des pères aux efforts expulsifs.....	26
3.1.2 Des approches différentes.....	28
3.1.2.1 Le moment de l'installation pour l'accouchement	28
3.1.2.2 La prise en charge des nouveau-nés	32

3.1.3 <i>La gestion des efforts expulsifs en salle de naissance</i>	32
3.1.3.1 Les efforts expulsifs dans la maternité B	33
3.1.3.2 Les efforts expulsifs dans la maternité A (de niveau 3).....	35
3.2 Analyses transversales	39
3.2.1 <i>Les processus de socialisation</i>	39
3.2.2 <i>Relations médecins/sages-femmes</i>	40
3.2.2.1 Le rôle du chef de service	41
3.2.2.2 Les négociations interprofessionnelles	43
3.2.3 <i>Relations sages-femmes/équipe soignante</i>	47
3.2.4 <i>Relations sages-femmes/patientes</i>	48
3.2.5 <i>L'autonomie</i>	49
Quatrième partie Discussion	53
Conclusion	59
Bibliographie	61
Annexes	65

Liste des annexes

Annexe I : Organisation des deux maternités	65
Annexe II : Guide d'entretien	67
Annexe III : Entretien Delphine (Maternité A).....	69
Annexe IV : Entretien Amélie (Maternité B).....	76
Annexe V : Recommandations sur les efforts expulsifs	85
Annexe VI : Recommandations sur la pratique des épisiotomies.....	86

Introduction

Le questionnement autour de la marge d'autonomie des sages-femmes dans leur pratique quotidienne est un sujet observable immédiatement pour celle qui a déjà une formation de sociologue. Néanmoins, c'est également un sujet très vaste et il est important de bien cibler une pratique en particulier afin d'être le plus précis possible.

Les études de sages-femmes permettent de multiplier les expériences dans de nombreux services de maternités. Certains lieux de stages sont choisis par les étudiants, d'autres sont imposés par l'Ecole. Les deux dernières années d'études ont permis de trouver le sujet de ce mémoire et d'affiner la problématique et les hypothèses. C'est donc naturellement que les terrains de formation sont devenus de réels terrains d'observation pour la réalisation de ce mémoire. Effectuer des stages dans différentes maternités offre la possibilité de voir de nombreux protocoles mais également des interprétations distinctes de ces mêmes protocoles. Lors de différents stages en salle de naissance, nous avons observé des pratiques diverses dans la gestion de la durée des efforts expulsifs, variant entre des lieux où les sages-femmes ont libre choix d'appeler l'obstétricien de garde quand bon leur semble et d'autres où le temps maximal de poussée est de 30 minutes. Nous n'avons cependant pas observé de lieux de stages dans lesquels le temps de poussée accordé à la femme en une seule fois excède 1 heure. C'est lors d'un stage dans une maternité de type 3 que l'idée est née d'étudier l'autonomie au travers d'une des pratiques communes à toutes les salles de naissances : la gestion des efforts expulsifs.

Dans un premier temps, les apports théoriques grâce auxquels nous avons ancré nos réflexions seront présentés. La seconde partie de ce travail, permettra de définir les méthodologies d'études et d'analyses. Puis, la présentation des résultats qui seront analysés dans le même temps et enfin, la discussion de nos résultats et de notre méthodologie.

Première partie

Cadre environnemental et conceptuel

L'étude de la sociologie nous a menée à travailler dans différents domaines¹, avant de reprendre des études médicales. L'intérêt pour les caractéristiques du métier de sage-femme (au sens où l'entend la sociologie des professions), son manque de visibilité, ses revendications inchangées depuis des années, sont sûrement des déterminants qui ont influencé notre choix après la première année de médecine. De plus, la profession de sage-femme est au cœur de l'actualité au moment de la rédaction de ce mémoire.

Une vision sociologique amène un éclairage différent or, malheureusement, il existe peu de travaux traitant de la profession de sage-femme en France. Ils demeurent méconnus de la profession elle-même car ils ne s'adressent pas à un public élargi. L'idée de traiter les aspects de cette profession, notamment le thème de son autonomie, tout en en faisant partie s'est imposée comme une évidence. Ce mémoire s'inscrit donc dans un parcours logique et nous aimerions qu'il soit la première étape d'un parcours de recherche à poursuivre, au-delà même des études de sages-femmes, par un troisième cycle en sciences sociales.

Avant de développer l'objet de cette étude, il convient de définir les termes, les cadres théoriques sur lesquels nous allons nous appuyer.

L'autonomie des sages-femmes est l'une des préoccupations qui est au cœur de la réflexion et qui anime les revendications actuelles. Néanmoins, nous ne pouvons pas parler d'autonomie sans en définir le terme et le resituer dans la sociologie.

De même, la définition des professions diffère selon les théories sociologiques, nous en présenterons les aspects ainsi que les quelques ouvrages de sociologues français qui traitent de cette profession.

¹ Maîtrise de sociologie en 2002 à l'Université d'Aix en Provence. Mémoire : L'intégration des personnes handicapées par le sport, mention bien.

1.1 Les travaux des sociologues français à propos des sages-femmes

1.1.1 Les apports de François-Xavier Schweyer

François-Xavier Schweyer, sociologue à l'école nationale de santé publique, publiait en 1996 les résultats d'une enquête sur la profession de sage-femme². Il revient sur l'histoire de l'obstétrique qui s'inscrit « dans le cadre d'une lutte pour l'exercice de la profession entre les accoucheurs, essentiellement des hommes, et les sages-femmes »³. Après cette introduction évoquant ainsi la problématique de genre⁴, il met en avant l'ambiguïté, « d'une profession médicale à compétence limitée ainsi qu'une autonomie relative c'est à dire une autonomie toujours partielle parce qu'elle procède de la profession dominante et qu'elle est limitée par elle. »⁵ Ces résultats sont basés sur 436 questionnaires et 20 entretiens avec cependant, une surreprésentation des sages-femmes de la région parisienne. L'auteur traite de la perception d'autonomie des sages-femmes. Les résultats de cette enquête sont les suivants : 40% des sages-femmes interrogées estiment avoir une grande autonomie, 54% une certaine autonomie, 3% peu d'autonomie et 0,5% pas d'autonomie. Celles qui estiment avoir une grande autonomie sont les sages-femmes travaillant dans des maternités où le nombre d'accouchement et la concentration des grossesses et des accouchements pathologiques sont le plus important. Pour cet auteur, l'hypothèse retenue est que « l'autonomie ressentie traduit l'acceptation de l'interdépendance. » Ainsi, le sentiment d'appartenir à un groupe « conforte le sentiment d'autonomie et nuance l'acceptation de l'interdépendance » du groupe hiérarchiquement situé au-dessus, les obstétriciens en maternité. L'auteur parle d'une autonomie négociée.

² François-Xavier Schweyer « La profession sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste » In Sciences sociales et santé. Volume 14, n°3 1996. Pp 67-102

³ Ibidem, p.67.

⁴ Dans ce mémoire nous n'avons pas souhaité aborder la problématique du genre, malgré l'apport de concepts précieux pour notre problématique. Nous avons donc privilégié les théories de la sociologie des professions et des organisations. Nous reviendrons sur ce choix dans la discussion.

⁵ Ibidem, p.69

1.1.2 Les études de Danièle Carricaburu

Danièle Carricaburu a consacré une grande partie de ses travaux à l'étude des professions médicales, parmi lesquelles la profession de sage-femme. Dans une de ces recherches⁶, l'auteur avance l'idée d'une « autonomie para professionnelle » c'est à dire « que l'autonomie au sens qu'Eliot Friedson donne à ce concept (Freidson, 1984), est limitée par ce principe de délégation qui témoigne de la position subalterne occupée par les sages-femmes, malgré leur statut médical », notion qui, comme on vient de le voir a été reprise par Schweyer.

Dans une seconde étude⁷, elle s'est attachée à l'étude de la profession face à une nouvelle technique et prend comme exemple l'analgésie péridurale. Elle utilise deux méthodes : d'une part, une observation de groupes de sages-femmes de deux maternités et d'autre part 18 entretiens semi directifs. La première maternité (le service A) pratique en moyenne 85% d'accouchement sous péridurale tandis que la deuxième (le service B) n'en pratique que 25% ce qui est considéré comme « le seuil maximal de tolérance » pour les sages-femmes. Elle note la position importante accordée aux SF dans l'introduction de cette nouvelle technique « dans la mesure où leur collaboration permet la diffusion de cette technique, tandis que leur veto bloque sa généralisation »⁸ Elle met en lumière les différentes stratégies adoptées par les sages-femmes pour conserver leur autonomie. Dans le service A elles acceptent plus facilement la réinjection : « c'était le seul moyen de limiter la présence des anesthésiste en salle de travail ». Dans le service B, « les sages-femmes ne réinjectent pas, elles s'en tiennent à la loi » mais semblent filtrer les demandes des patientes. « La présence des anesthésistes est seulement tolérée, le consensus fonctionne alors entre les obstétriciens et les sages-femmes qui s'accordent à freiner le développement de la péridurale. »⁹ Cependant, quelles que soient les stratégies utilisées, les sages-femmes n'ont pas eu de contrôle sur cette technique à présent répandue dans toutes les maternités françaises. Il s'avère que, comme étudié par Schweyer, c'est dans la maternité qui réalise le plus d'accouchements que

⁶ Danièle Carricaburu , La profession de sage-femme : une autonomie en question, Sociologie des Professions de Santé 1990, Éditions de l'Espace Européen, 364 p.

⁷ Danièle Carricaburu, Les métiers de la santé chapitre *Les sages-femmes face à l'innovation technique*, 1994, p282-307

⁸ Ibidem, p.288

⁹ Ibidem, p.299

l'acceptation de cette « nouvelle interdépendance » avec les médecins anesthésistes se fait le mieux. Les sages-femmes se sentent moins menacées par l'innovation technique : « Les sages-femmes du service A ont trouvé un mode de fonctionnement qui leur apporte des satisfactions immédiates quant aux conditions de travail mais qui, cependant entraîne une perte de contrôle sur le contenu de leur travail. »¹⁰. Elles accèdent à de nouvelles compétences techniques comme la réinjection de produits anesthésiants et certaine y voient même « la fin de l'empirisme car nos connaissances techniques sont de plus en plus importantes ».

Dans un article publié en 2005¹¹ cette sociologue replace l'obstétrique dans l'histoire de la médecine : « Historiquement, l'obstétrique française s'est structurée à partir d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant ». Elle replace la définition de l'accouchement par les obstétriciens : « un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance ». Cette conception de la naissance en France comme potentiellement pathologique « justifie une prise en charge systématique en milieu médicalisé, par différents professionnels : sages-femmes, obstétriciens, pédiatres et anesthésistes. » La conclusion de son article met en avant l'augmentation des actes techniques comme obstacle à l'autonomie des patientes et à l'autonomie des sages-femmes : « Tant que la représentation dominante de la naissance sera celle de l'accouchement comme un acte technique potentiellement pathologique et que les obstétriciens garderont la main sur la globalité du processus, qu'il soit physiologique ou pathologique, la technicisation de l'accouchement, comme réponse au risque, ne pourra que s'accroître, quoi que puissent en penser les femmes et quelles que puissent être leurs demandes. »¹²

Ces lectures faites dans le début de cursus d'études de sages-femmes ont permis l'émergence d'un sujet de mémoire orienté sur la profession de sage-femme. Lors de la troisième année d'études, des cours de sociologie des professions de santé sont dispensés¹³ et le thème de l'autonomie de la profession de sage-femme est abordé. C'est grâce à cet ensemble d'éléments théoriques que le thème de ce mémoire a été

¹⁰ Ibidem, p307

¹¹ Danièle Carricaburu, De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public, in Sociologie du travail (2005), Elsevier p246

¹² Ibidem, p 261

¹³ Module de 6 heures dispensées par P. Sauvegrain qui a dirigé cette recherche.

choisi. Cet enseignement aborde les différents courants sociologiques des professions et y replace la profession de sage-femme en France.

1.2 Définitions sociologiques des professions

L'intervention de Priscille Sauvegrain aux Entretiens de Bichat en septembre 2012¹⁴ nous a amené à nous intéresser aux théories sociologiques des professions. Bien que son travail n'ait pas encore fait l'objet d'un article, nous avons choisi de nous référer aux mêmes cadres théoriques qui forment le point d'ancrage de notre recherche.

La théorie fonctionnaliste, surtout étudiée par les anglo-saxons, définit la société comme une totalité dont tous les éléments sont interdépendants. Tandis qu'en France, « profession » est un parfait synonyme de « métier », les fonctionnalistes distinguent, comme il est d'usage en anglais, les *professions* des *occupations*. Ainsi, les membres des professions ne traitent que de sujets associés à de grandes responsabilités individuelles comme la justice, l'enseignement, la santé, qui sont des activités vitales à toute société moderne à l'opposé des occupations. « Leurs membres sont mus par une motivation altruiste. Leurs matériaux sont tirés de la science et d'un haut savoir théorique, qui est transmissible par un enseignement formalisé »¹⁵. « Elles sont auto-organisées, et ne sont régulées ni par l'Etat ni par le marché. » La profession est donc vue comme un élément de régulation sociétale. Pour développer leur théorie et pour étayer leur modèle de réflexion, les fonctionnalistes ont choisi la profession de médecin comme référence. Ils étudient son autonomie, qui est une notion prépondérante ainsi qu'une nécessité « pour la bonne réalisation, par les professionnels, de leur activité ». « La conception fonctionnaliste induit et suppose aussi une unité, nécessaire pour que soit bien identifiée la fonction (haute socialement) de la *profession* et justifier son statut à part, et une grande stabilité : si les savoirs et les techniques évoluent, les normes et les valeurs morales qui guident la responsabilité individuelle et le sens altruiste des professionnels restent stables. »¹⁶

¹⁴ Priscille Sauvegrain, Pourquoi la profession de sage-femme en France n'en est elle pas une, au sens sociologique du terme ? Intervention aux entretiens de Bichat le 13 septembre 2012.

¹⁵ Ibidem, p3

¹⁶ Ibidem, p.4

La sociologie interactionniste à propos des professions, émerge dans les années 50 et s'oppose clairement à celle des fonctionnalistes. Quand les sociologues fonctionnalistes conçoivent la société comme un système structuré par l'adéquation logique d'un ensemble de statuts à un ensemble de rôles, les interactionnistes insistent au contraire sur la complexité de ces rôles. Ils étudient la distance que l'acteur peut jouer par rapport à ceux-ci et le caractère dynamique et souple de l'organisation. Ainsi, ils ne voient pas la société comme un ensemble de composantes interdépendantes ayant une fonction par rapport à cet ensemble déterminé par la structure elle-même, mais comme le résultat de processus complexes, où chaque acteur participe à la représentation de la situation dans laquelle il est engagé. De même, il n'y a selon eux pas d'argument valable pour faire une distinction entre les *professions* et les *occupations* puis qu'ils ne s'intéressent plus au rôle de régulation mais à l'analyse de situations précises dans leur contexte.

Une troisième théorie apporte un nouvel éclairage à la sociologie des professions. Le néo-weberisme est un courant qui se développe aux USA dans les années 60-80. Il devient rapidement dominant en sociologie des professions jusqu'à l'époque actuelle. Il insiste sur les notions de monopole et de contrôle du marché. Ainsi pour eux « les professions reconnues comme telles, sont celles qui sont parvenues à monopoliser un segment du marché du travail, à faire reconnaître leur compétence juridique et à légitimer leurs privilèges sociaux »¹⁷. Les statuts professionnels et leur reconnaissance comme tels sont le résultat de luttes, qu'elles aient abouties ou non, mais ne sont nullement nécessaires ou fonctionnelles. Ils considèrent donc l'existence des professions comme l'exercice d'un pouvoir, et notamment dans la relation du professionnel à son patient.

Ce cadre théorique ainsi présenté, il convient d'aborder la notion d'autonomie pour la profession de sage-femme.

¹⁷ Claude Dubar et Pierre Tripier, in *Sociologie des Professions*, 1998, p114, Armand Colin

1.3 L'autonomie comme notion centrale des professions

Il semble important de revenir sur la définition de l'*autonomie*. Etymologiquement, l'*autonomie* est composée de deux mots venant du grec à savoir, « autos » qui signifie « soi-même » et « nomos » qui signifie loi. Donc, la première définition de l'*autonomie* serait de se donner ses propres lois pour agir. L'*autonomie* se rapporterait à une certaine liberté et une indépendance. Dès lors il convient d'interroger ce terme dans les situations de travail quand on sait que c'est le lieu où les règles sont fixées, et dans lequel les ordres doivent être accomplis.

Qu'en est-il pour les sages-femmes en France ?

La sociologie fonctionnaliste place la notion d'autonomie comme une notion centrale dans la définition même des professions, qui marque la différence entre une profession et un métier. Leur définition suppose plusieurs éléments :

Dans un premier temps, « la profession définit elle-même ses normes d'études et de formation, les différentes commissions d'admission et d'habilitation sont composées par des membres appartenant à la profession, et la législation relative à la profession est, en grande partie produite par elle-même »¹⁸. De plus, la profession a les moyens de s'autocontrôler : au quotidien sur le terrain mais aussi, si besoin, de par son organisation en « Ordres ». Enfin, le haut savoir des praticiens les rend relativement indépendants du jugement des profanes. L'Etat, comme leur statut, les protège de la concurrence interprofessionnelle.

La profession de médecin, pensée comme modèle par les fonctionnalistes, répond donc bien en France à tous ces critères. Mais est-ce le cas pour les sages-femmes ? Bien qu'elles aient un Ordre, elles ne s'auto contrôlent pas. Les écoles de sages-femmes, bien qu'étant dirigées par des sages-femmes, sont supervisées, pour beaucoup, par un gynécologue obstétricien. Sur le terrain hospitalier, elles sont sous la tutelle d'un chef de service, médecin également. Cependant, la théorie interactionniste considère que l'autonomie est obtenue « à l'issue de luttes avec d'autres segments professionnels concurrents ». L'arrêt de la dominance des médecins dans le domaine de la physiologie, défini comme le lieu d'exercice des sages-femmes, est la principale revendication actuelle.

¹⁸ Priscille Sauvegrain, Pourquoi la profession de sage-femme en France n'en est-elle pas une, au sens sociologique du terme ? Intervention aux entretiens de Bichat le 13 septembre 2012. p.5

Ce mémoire s'intéresse à l'autonomie des sages-femmes, en évaluant notamment leurs habitudes dans la gestion des efforts expulsifs. Il semble impératif de faire un point sur les recommandations et les différentes études existantes à ce jour.

1.4 La durée des efforts expulsifs en France

1.4.1 Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Les recommandations du CNGOF sont à ce jour de limiter les efforts expulsifs à 30 minutes en cas de rythme cardiaque fœtal étiqueté comme normal :

« Il est recommandé d'envisager le recours à une extraction instrumentale à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un RCF normal, dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile fœtal (accord professionnel). »¹⁹

Il est à noter que cette recommandation fait suite à un « accord professionnel » et ne se réfère à aucune étude scientifique ayant fourni des preuves solides pour en faire une pratique à respecter. Elle laisse alors libre cours à l'interprétation. Pourtant, dans de nombreuses maternités françaises, cette recommandation est respectée à la lettre. Tandis que dans d'autres établissements, elle est abandonnée voire ignorée. L'apport de récentes études semble avoir eu suffisamment de poids pour que les praticiens de ces maternités se soient éloignés de ces recommandations.

1.4.2 Durée des efforts expulsifs : données de la littérature

Camille Le Ray, gynécologue obstétricienne à la maternité Port Royal, s'est intéressée à la durée des efforts expulsifs et en a proposé une revue de la littérature²⁰. Elle met en avant le fait que, dans les études retenues, les deux phases concernant le second stade du travail ne sont pas différenciées. Ainsi, la phase passive qui correspond à la descente de la présentation fœtale dans le bassin maternel et la phase active qui correspond à la phase de poussée sont imbriquées.

¹⁹ Annexe V

²⁰ C. Le Ray et F. Audibert, Durée des efforts expulsifs : données de la littérature in Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2008) 37, 325–328

Elle souligne que les recommandations de pratiques françaises basées sur des avis d'experts de limiter les efforts expulsifs à 30 minutes sont classées grade C, c'est à dire faible niveau de preuve. Après avoir rendu les résultats de différents essais randomisés, Anglo-saxons pour la plupart, l'auteur conclut par : « Il apparaît que la durée optimale des efforts expulsifs, à la fois pour l'enfant et pour la mère, reste encore à déterminer, comme le soulignait d'ailleurs les auteurs des RPC. » Elle insiste également sur le fait qu'une recommandation systématique comme celle-ci risque d'augmenter le taux d'extractions instrumentales et des complications associées. Elle pose enfin la question de l'amélioration des issues néonatales et maternelles en limitant les efforts expulsifs à 30 minutes et conclut : « Il serait sans doute bon de se conformer au principe du *primum non nocere*. »

1.4.3 Polémique française sur la durée des efforts expulsifs.

1.4.3.1 Etat néonatal et durée des efforts expulsifs chez les primipares à bas risques

Camille Le Ray et ses collaborateurs publient un second article²¹ en précisant que cette limitation à 30 minutes est une « habitude spécifique française » qui n'est pas retrouvée ailleurs où une durée d'une heure d'efforts expulsifs est plus fréquente. Les auteurs précisent qu'il n'y a pas d'association entre un deuxième stade prolongé (donc une durée d'effort expulsif supérieure à 30 minutes) et un mauvais état néonatal. Néanmoins les études montrent que la morbidité périnatale est augmentée « si le second stade est supérieur à une durée de 3 heures » tout en précisant que les deux stades actifs et passifs sont encore une fois indifférenciés c'est à dire que le temps passé à dilatation complète et le temps de poussée sont supérieurs à 3 heures.

La question est donc : « Est-ce qu'un allongement du temps de poussée diminue le risque d'extraction pour des efforts expulsifs jugés inefficaces ? »

Les résultats des différentes études²² montrent que la « probabilité d'accoucher voie basse diminue avec la durée des efforts expulsifs » mais que, 57% des femmes qui

²¹ C. Le Ray, N. Winer, M. Dreyfus, F. Audibert, F. Goffinet : Etat néonatal et durée des efforts expulsifs chez les primipares à bas risque : données observationnelles dans 138 maternités françaises Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2010) 39, 297–304

²² Etudes Prémoda : Il s'agit d'une analyse secondaire d'une étude prospective observationnelle, dans 138 maternités françaises chez les primipares à bas risque à terme.

n'avaient pas accouché en 30 minutes ont eu une voie basse sans signe d'asphyxie pour leurs nouveau-nés c'est à dire un pH inférieur à 7,10 et un APGAR inférieur à 7 à 5 minutes.

Parmi les études canadiennes sur lesquelles les auteurs s'appuient, aucune ne montre de complication si les efforts expulsifs ont une durée d'une heure.

En conclusion, les auteurs précisent donc que la durée des efforts expulsifs n'influence pas l'état néonatal quand le rythme cardio foetal est normale et que l'allongement de la durée des efforts expulsifs permet un accouchement voie basse sans instrument et sans risque néonatal.

1.4.3.1 Durée des efforts expulsifs : une autre vision

Dans un article intitulé : « Durée des efforts expulsifs : Pousser n'est pas jouer. Réponse à l'article de Camille Le Ray », ²³ Schaal et ses collaborateurs se défendent sur plusieurs points, considérant l'article de Camille Le Ray et F. Audibert comme une remise en question des recommandations. Ainsi, ils écrivent « Précision importante concernant notre recommandation sur la durée d'expulsion, il n'y avait pas de limitation des efforts expulsifs à 30 minutes, mais elle recommandait d'envisager une extraction instrumentale au bout de 30 minutes d'efforts expulsifs chez la primipare. Ce qui fait que la durée des efforts expulsifs peut être augmentée de la durée nécessaire à l'appel de l'obstétricien(ne) et de la durée de l'extraction instrumentale » ²⁴. Ils reprennent les études montrant des risques sur les issues néonatales et maternelles en cas de second stade prolongé. Ici non plus, la différenciation des phases du second stade n'est pas réalisée. « Etant donné le faible nombre de cas impliqués, les complications maternelles observées, le fait que cela concerne souvent des accouchements à risque et l'absence de l'innocuité prouvée sur le fœtus, il semble raisonnable de ne pas dépasser les délais relativement larges définis par les sociétés savantes (trois heures chez les primipares sous péridurale et deux heures chez les multipares sous péridurale). » ²⁵

²³ J.-P. Schaal , M. Dreyfus, F. Bretelle, B. Carbonne, O. Dupuis, C. Foulhy, F. Goffinet, V. Houfflin-Debarge, B. Langer, A. Martin, C. Mercier, A. Mignon, P. Poulain, A. Simon, F. Teurnier, É. Verspyck, D. Riethmuller, P. Hoffmann, F. Pierre : Durée des efforts expulsifs : Pousser n'est pas jouer. Réponse à l'article de Camille Le Ray in La revue des sages-femmes Vol 8 N° 1 pp44-52 2009

²⁴ Ibidem, p44

²⁵ Ibidem, p. 51

Lorsqu'ils posent la question de modifier la durée de la phase d'expulsion les auteurs expliquent que seule la limitation de la durée de la phase active pourrait diminuer le risque d'hypoxie étant donné que la « surveillance de cette phase est difficile ». Ils concluent par « il semble logique de proposer une limitation, il est vrai, arbitraire, de la durée des efforts expulsifs. La proposition de 30 minutes d'efforts expulsifs pour envisager une extraction instrumentale ne semble pas excessive ».²⁶

Avant de présenter la recherche en elle-même et ses résultats, la construction de la problématique, les hypothèses ainsi que la méthodologie doivent être précisées.

²⁶ Ibidem, p.52

Deuxième partie

Méthodologie de l'étude

2.1 Méthode choisie pour traiter le sujet

Comme nous l'avions présenté en introduction, ce sujet d'étude est née lors d'un stage dans une maternité de type 3 que l'on nommera Maternité A, dans laquelle les efforts expulsifs ne sont pas limités à 30 minutes. Le choix final du second terrain d'étude, opportuniste, s'est arrêté sur une maternité parisienne de niveau 1. Pourtant publiquement et historiquement reconnu comme un des haut-lieux du respect de la physiologie, donc des sages-femmes, et où l'autonomie des femmes était une valeur essentielle. Cet établissement connaît aujourd'hui de nombreux changements d'organisation, de protocoles et donc de pratiques. Les efforts expulsifs sont à présent limités, ce qui n'était pas le cas avant et nous verrons, lors du traitement et l'analyse des résultats pourquoi et comment les changements se sont mis en place et comment les sages-femmes interrogées gèrent ces changements de procédure. Ces observations, comme les échanges sur le terrain avec les sages-femmes et différentes lectures, ont permis l'émergence de la problématique suivante :

2.1.1 La problématique

Quelle est la marge d'autonomie pour les sages-femmes dans la gestion de la durée des efforts expulsifs ? La négociation de ces marges révèle-t-elle des postures professionnelles distinctes ?

Pour répondre à cette problématique, trois hypothèses ont été formulées.

2.1.2 Les Hypothèses de cette étude

Dans un premier temps, que dans les services où les sages-femmes n'ont pas possibilité de faire pousser leurs patientes plus de 30 minutes, ceci correspond à une baisse de leur autonomie, quelle que soit la perception qu'elles en ont et qui sera d'ailleurs interrogée.

Qu'à l'inverse, dans les services où les sages-femmes ont la possibilité de faire pousser leurs patientes sans limite de temps imposée par un protocole, ceci correspond à une marge plus grande d'autonomie.

Que cette autonomie se « revendique » au niveau du groupe, ici l'équipe de sages-femmes, et non au niveau individuel, mettant en jeu divers mécanismes. Notamment, nous nous axerons sur la socialisation des plus jeunes.

2.1.3 Les objectifs de cette étude

Il s'agit ici d'un mémoire de sociologie de la profession de sage-femme et non d'une évaluation des pratiques ni d'une évaluation de l'impact de la durée des efforts expulsifs sur les issues néonatales et maternelles. Sans occulter la dimension obstétricale, il s'agit avant tout de comparer la vision de sages-femmes de deux maternités sur leur profession et leur évaluation de leurs propres pratiques, puis de mettre en avant leur perception de l'autonomie et de leur marge de manœuvres. Vu le contexte dans lequel cette recherche a été menée, ceci révèle leurs souhaits quant à l'évolution de leur profession.

2.2 Présentation du terrain et méthodes de recueil de données

2.2.1 Les terrains de stages comme choix de lieux d'enquêtes

Choisir les lieux de stage comme lieux d'enquêtes a permis d'effectuer ce travail dans le temps imparti d'une part, et de pouvoir employer des outils méthodologiques différents qu'il n'aurait pas été possible d'utiliser sans y être immergée, d'autre part. Nous avons fait le choix, comme il est d'usage pour les études sociologiques, de ne dévoiler ni l'identité des sages-femmes interrogées, ni le nom des deux maternités.

2.2.2.1 La maternité A

La maternité A, maternité de type 3 de la région parisienne, emploie une quarantaine de sages-femmes, et réalise environ 3000 accouchements par an dont 22% par césarienne, et 82% d'accouchement sous analgésie péridurale. Elle est historiquement connue pour la militance de ses sages-femmes : celles-ci sont libres de laisser leurs patientes pousser jusqu'à une heure. La problématique est née directement de l'observation participative de leurs pratiques.

2.2.2.1 La maternité B

La maternité B est une maternité parisienne de type 1 qui réalise 2500 accouchements par an, avec une forte augmentation depuis deux ans. Le taux de péridurale est autour de 79% et le taux de césarienne de 14%. Cet établissement n'accueille que les grossesses sans pathologie ce qui peut expliquer cet écart du taux de césariennes²⁷. Les patientes de cet établissement n'ont donc pas le même profil médical que celles accouchant dans la maternité A. La présentation des équipes de ces maternités et l'organisation des soins sont développées en annexe²⁸. Il s'agit à présent de présenter les techniques de recueil de données.

2.2.2 L'observation participante

L'observation participante ou l'observation directe est une méthode utilisée en sociologie. Elle a été introduite par les sociologues interactionnistes de la deuxième école de Chicago. Il s'agit d'observer, sur le terrain étudié, les actions des acteurs et les interactions entre eux.

Dans son ouvrage *Sociologie de la santé*²⁹, Daniel Carricaburu évoque « une sociologie de *l'in situ* » et précise : « la tradition de la sociologie médicale s'établissant après la Seconde Guerre mondiale est celle de l'observation participante »³⁰. Différents travaux s'inscrivant dans la sociologie médicale sont présentés dont celui de Jean Pennef qui décrivait, grâce à l'observation participante dans les services d'urgences le véritable contenu du travail et les organisations directes et implicites entre les agents sans l'accord préalable de la hiérarchie. L'observation permet d'accéder et d'analyser ces stratégies, réalité quotidienne et souvent passée sous silence par les acteurs.

Cette méthode n'est pas sans poser quelques questions de posture. En effet, « le chercheur se retrouve à la fois comme instrument de recueil et analyseur »³¹. L'observation directe exige du chercheur la participation aux actions, ce qui, lors des

²⁷ Les établissements de niveau 1 accueillent les femmes dont la grossesse et, a priori, l'accouchement est à bas risque.

²⁸ Annexe I

²⁹ Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, 2011, Armand Colin

³⁰ Ibidem, p.86

³¹ Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, 2010, Armand Colin p4

stages en salle de naissance, est obligatoire. Néanmoins, cette double appartenance, enquêteur et participant, étudiante sage-femme pour notre cas, peut menacer la qualité même de l'analyse « s'agissant de la qualité des informations d'une part » et sur « la personne morale de l'observateur qui se retrouve impliquée dans la situation »³². La distance nécessaire est donc délicate à établir, elle passe par une collecte très précise des informations peu de temps après les observations (systématiquement en sortant de garde) sur un carnet de terrain qui est analysé rétrospectivement. C'est à partir de ces observations que la problématique et les hypothèses ont pu être posées.

2.2.3 Les entretiens

2.2.3.1 La technique et le guide d'entretien

- L'enquête par entretien constitue une méthode classique et validée de la recherche qualitative. La méthode la plus adaptée pour répondre à nos hypothèses est l'entretien semi directif. Nous avons donc construit un guide d'entretien³³, le même pour les 2 terrains de recherche comportant 4 items :
- Les premières questions concernent les caractéristiques socio professionnelles des personnes interrogées
- Puis, nous avons interrogé les pratiques autour des efforts expulsifs et les connaissances théoriques sur la question.
- Nous avons ensuite interrogé le cadre plus général des pratiques des sages-femmes interrogées, en salle de naissance.
- Enfin, des questions concernant l'autonomie : comment les sages-femmes la définissent, comment elles perçoivent leur propre autonomie. (Cf. annexe 1 pour le guide d'entretien plus détaillé).

Il nous est apparu important de connaître le ressenti de chacun quant aux revendications actuelles de la profession, la pré-enquête ayant débuté durant l'été 2013 et les entretiens ont été menés entre le mois novembre 2013 (début du mouvement de grève de la profession) et janvier 2014.

Pour pouvoir réaliser ces entretiens, nous présentions notre mémoire sous l'intitulé suivant : « la gestion des efforts expulsifs par les sages-femmes » en expliquant que

³² Ibidem p4

³³ Annexe II

le sujet n'était pas une évaluation des pratiques professionnelles mais une enquête sociologique autour de cette question.

2.2.3.2 Les enquêtés.

A l'origine de ce mémoire, il nous fallait définir un nombre d'entretiens réalisables dans le temps imparti qui puisse être en correspondance avec les prescriptions qualitatistes pour un mémoire de master, tout en rendant bien compte des deux terrains d'enquêtes. Un nombre de 20 entretiens au total nous permettait d'obtenir suffisamment de résultats pour répondre à nos hypothèses. 10 sages-femmes dans chacune des équipes, qui en comptent respectivement 31 et 34 qui font des accouchements, s'est avéré pertinent. Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat à participer ou non à ce mémoire, ce qui est une limite retrouvée dans de nombreuses études menées par les étudiants sages-femmes.

Concernant la maternité A, tous les entretiens se sont tenus en face à face, 9 femmes et un homme ont été interrogés :

	Sexe	Age	Années de diplôme	Lieu de diplôme ³⁴	Statut marital	Ancienneté mater A
Alexandra	F	26	2011	IDF	célibataire	2 ans
Coraline	F	26	2011	IDF	Célibataire	11 mois
Max	H	25	2011	IDF	En couple	2 ans
Morgane	F	27	2010	Province	Célibataire	3,5 ans
Débora	F	30	2007	IDF	En couple	6 ans
Laura	F	34	2003	IDF	Mariée, 2 enfants	6 ans
Charlène	F	33	2005	IDF	Célibataire	8 ans
Delphine	F	26	2010	IDF	En couple	3 ans
Magalie	F	28	2009	Belgique	Célibataire	3,5 ans
Sophie	F	41	1999	IDF	En couple	11 ans

³⁴ Pour des raisons de discrétion, nous n'avons pas souhaité identifier les Ecoles où les sages-femmes ont obtenu leur diplôme. IDF regroupe les 4 écoles de la région parisienne.

Pour la maternité B, tous les entretiens n'ont pu être réalisés en face à face, 4 d'entre eux ont été réalisés par téléphone suite à un recrutement par mail en expliquant l'objet de ces entretiens tout en précisant qu'il fallait que ces professionnels aient exercé en salle de naissance durant les deux mois précédents les entretiens.

Maternité B : 10 Sages-femmes

	Sexe	Age	Années de diplôme	Lieu de diplôme	Statut maritale	Ancienneté mater B
Alice	F	26	2010	Province	En couple	2 ans
Agnès	F	29	2008	IDF	Célibataire	5 ans
Christelle	F	25	2011	IDF	En couple	2 ans
Juliette	F	27	2010	Belgique	En couple	6 mois
Valérie	F	32	2007	Province	En couple	4 ans
Inès	F	26	2010	IDF	En couple	3 ans
Sylvie	F	50	1990	IDF	Mariée un enfant	19 ans
Chloé	F	31	2007	Province	En couple	6 ans
Maggy	F	37	2010	IDF	Mariée un enfant	3 ans
Amélie	F	32	2007	Province	En couple attend son premier enfant	5 ans

La durée de ces entretiens oscille entre 15 et 40 minutes. Afin d'être exploités correctement, et respecter scrupuleusement la véracité des déclarations, ils ont tous été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées et ont été intégralement retranscrits³⁵.

2.3 L'analyse des résultats

Les observations des terrains lors des stages ont été notées dans un carnet. Les observations sont datées. Ces notes nous ont permis de construire la problématique

³⁵ Deux entretiens figurent en annexe III et IV

et d'instiller certaines observations dans les résultats. Nous n'avons cependant pas trouvé utile de mettre en annexes ces notes mais la date de ces observations figurera en note de bas de pages dès que nous y ferons référence.

Les entretiens retranscrits ont été analysés à partir de deux grilles de lecture: D'une part ce que nous pouvons appeler l'analyse chronologique, question par question. Toutes les questions du guide d'entretien ont été construites à la suite des observations et des hypothèses formulées initialement. Dans cette méthode, nous partons donc d'hypothèses, les différentes techniques de recherche permettent de confirmer ou infirmer ces hypothèses. Cette analyse nous a permis de mettre en évidence l'autonomie des sages-femmes en fonction des différentes pratiques.

D'autre part, nous avons effectué une analyse transversale. Cinq principaux thèmes qui n'avaient pas été questionnés ont émergé lors de l'analyse. Cette technique fait référence à la « théorie ancrée » de l'anthropologie sociale, et a été introduite par Anselme Strauss³⁶. C'est une méthode de recherche qui peut paraître en contradiction avec la méthode scientifique car la recherche part de la collecte des données au lieu de partir des hypothèses : « À partir des données recueillies, les éléments clés sont identifiés grâce à une série de codes extraits du texte. Les différents codes sont ensuite regroupés dans des concepts similaires dans le but d'être plus faciles à utiliser. Partant de ces concepts, des catégories sont formées, lesquelles forment normalement la base de la création d'une théorie. »³⁷

Un des effets de la théorisation ancrée est que la construction des « catégories apparaît au fur et à mesure du travail de recherche, ce qui est d'autant plus intéressant que nul ne les soupçonne initialement »³⁸. Ce travail est une mise en perspective compréhensive.

Enfin, la mise en forme du texte doit être précisée. Pour les entretiens, tous les noms cités sont fictifs et les lieux d'exercices des personnes interrogées sont anonymes.

³⁶ STRAUSS Anselm (1992), *La trame de négociation*, Paris, l'Harmattan.

³⁷ http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_ancr%C3%A9e Consultée le 10 février 2014

³⁸ Priscille Sauvegrain, Différences de traitement et traitements différentiels *Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, Thèse de sociologie soutenue en 2010

Pour éviter des tournures de phrase trop lourdes, les citations d'entretiens ne sont pas toujours introduites et « *Les entretiens sont cités dans cette police.* » Toutefois les prénoms fictifs des sages-femmes figureront à la suite des citations, avec la mention MA signifiant que la sage-femme travaille dans la maternité A (niveau III) et MB pour les sages-femmes de la maternité B (niveau1).

La méthodologie de l'étude ainsi présentée, les résultats obtenus à l'issue de ces entretiens vont à présent être étudiés.

Troisième partie

Résultats et analyses

Nos recherches ont débuté par des observations réalisées lors de stages en salle de naissance. Il nous a paru intéressant de présenter quelques notes d'observations pour illustrer des habitudes de services et montrer comment les problématiques ont émergé.

Dès la première garde dans la maternité A (niveau 3), lors d'un stage en 4^{ème} année, des particularités rarement observées dans d'autres établissements apparaissent : l'accueil bienveillant de l'équipe déjà en place pour les transmissions, suivi d'une visite des salles de naissance et du matériel et d'une invitation à suivre les patientes en travail : « celles que tu veux ». Certains médecins passent après le staff, se présentent, souhaitent la bienvenue « dans l'équipe », discutent avec les sages-femmes en leur demandant leur avis sur telle ou telle patiente pour telle ou telle prise en charge (hospitalisation, déclenchement)³⁹. L'avis des sages-femmes est écouté et suivi. Lors de l'accouchement d'une primipare, la présentation arrive partie basse au bout d'une demi-heure. La sage-femme encourage la patiente et me signale, en voyant que je surveillais l'horloge de la salle de naissance, qu'ici les efforts expulsifs ne sont pas limités et qu'en plus « ça progresse donc on a le temps ». Après cet accouchement, nous discutons de cette pratique, qui me paraît exceptionnelle : je ne l'avais jamais observée lors de précédents stages. La sage-femme m'explique alors que depuis quelques années et après un staff, toute l'équipe médicale est d'accord pour ne plus limiter les efforts expulsifs si les rythmes sont « normaux » et s'il n'y a pas d'indication pour une « extraction rapide. »⁴⁰ Ayant fait de nombreux stages dans des maternités où les efforts expulsifs étaient limités à 30 minutes, il est apparu que la problématique de l'autonomie autour de cette question pourrait être un axe de recherche très intéressant. D'autre part, la cohésion de l'équipe autour de ces pratiques, leur autonomie déclarée et volontairement mise en avant auprès des étudiants sages-femmes, des externes et des internes arrivés récemment nous a interpellée : « Ici c'est nous les patronnes » déclarait sourire aux lèvres une sage-

³⁹ Notes de terrain du 12/11/2012

⁴⁰ Notes de terrain du 12/11/2012

femme à l'interne rivé sur la centrale regroupant tous les monitorings. « Ne t'inquiètes pas, on t'appellera en cas de besoin et juste une mise au point, ici on ne vous appelle pas au bout de 30 minutes, c'est comme ça, les efforts expulsifs ne sont pas limités ».⁴¹ Le chef de garde présent en salle confirme les dires de la sage-femme. Cette même réflexion est tenue à tous les nouveaux internes qui prendront leur garde, qui que soit la sage-femme.

Le stage dans la maternité B s'est déroulé en décembre 2013. Lorsque les médecins se présentent en salle, ils regardent les monitorings des femmes en travail sur la centrale, demandent aux sages-femmes de garde de leur présenter les dossiers en cours, et informent les sages-femmes des déclenchements du jour. Ils notent la conduite à tenir sur le dossier et partent. Il n'y a que très peu d'échanges sur les modalités de déclenchement ou les prises en charges. Au détour d'un accouchement, après 30 minutes d'efforts expulsifs, un interne accompagné du médecin de garde est entré dans la salle, instruments en main « pour faire sortir cet enfant »⁴². Croyant à une erreur de salle nous avons indiqué « que ce n'était pas ici ». Finalement la sage-femme ayant motivé la patiente à « vraiment pousser très très fort » le bébé est né spontanément. La discussion qui a suivi avec la sage-femme a révélé que l'intervention des médecins sans qu'elle la sollicite correspond à des changements récents de directives d'où l'idée de sélectionner ce second lieu comme terrain d'enquête⁴³. Aucune discussion ne s'est tenue entre les médecins et la sage-femme concernant le déroulement de cet accouchement malgré son ressenti. Il sera étudié et analysé plus loin.

Les rapports entre les acteurs de l'obstétrique sont très différents de ceux observés dans la maternité A. Les prises en charge sont décidées en amont, sans l'avis des sages-femmes, et sont applicables sans discussion. Le dialogue entre ces deux catégories professionnelles est rare et « C'est comme ça »⁴⁴. Ici seule la notion d'équipe compartimentée apparaît : l'équipe de sages-femmes, l'équipe médicale (qui n'inclut pas les sages-femmes mais les médecins) et l'équipe d'infirmières et d'aides-soignantes. Il n'y a pas de notion d'équipe de garde.

⁴¹ Note d'observation du 16/11/12

⁴² Note d'observation du 18/12/13

⁴³ Initialement, nous avons prévu de travailler dans un autre hôpital ayant les mêmes pratiques mais choisir le lieu de ce stage comme terrain garantissait un nombre supérieur d'entretiens.

⁴⁴ Note d'observation du 05/12/2014

Tous ces éléments ne seraient pas apparus si clairement sans ces observations et le recul acquis grâce aux études de sociologie antérieures aux études de sages-femmes nous a donné la possibilité de démarrer nos travaux de recherches.

Dans un mémoire de sociologie, différencier les résultats de l'analyse n'est pas d'usage c'est pourquoi nous avons choisi de mettre en lumière les résultats et de les analyser dans le même chapitre. Nous aborderons, dans un premier temps, l'analyse chronologique. Nous avons choisi de traiter les similarités des pratiques suivies de ce qui diffère entre les deux établissements. Puis nous mettrons en évidence les cinq principaux thèmes qui ont émergé de l'analyse des entretiens. Enfin nous discuterons des résultats.

3.1 Analyses chronologiques

3.1.1 Les similarités des pratiques

3.1.1.1 Les positions d'installations

Lorsque nous avons posé la question aux sages-femmes des deux maternités : « Dans quelle(s) position(s) installez-vous vos patientes pour pousser? », les réponses apportées ne dévoilent pas de différences majeures. Ainsi, en majorité elles déclarent laisser le libre choix à la patiente. Dans la maternité B, le concept d'autonomie des patientes dans le choix des positions est plus marqué des entretiens que dans la maternité A. Les sages-femmes interrogées insistent toutes pour dire que c'est une combinaison entre le confort de la patiente et l'efficacité de telle ou telle position lors des efforts expulsifs. La notion d'ouverture ou de bascule du bassin revient surtout dans les déclarations des sages-femmes de la maternité B. Elles adaptent les positions en fonction de ce qui leur semble le plus en phase avec la situation obstétricale :

« En général c'est où elles sont le mieux pour les sensations de poussée. Mais quand c'est moi qui décide, ça dépend du contexte et si c'est possible de faire l'accouchement sur le côté ben on commence comme ça et si il y a une urgence quelconque ou que je pense vraiment que je vais appeler le médecin assez rapidement, ben on commence en position gynécologique. Si je sens qu'il va falloir vraiment diriger la femme, beaucoup, ça va être plutôt sur le dos. » (Maggy MB)

Dans la maternité A, les réponses sont assez similaires même si la notion de choix apparaît moins. La question n'est pas systématiquement posée aux femmes à leur arrivée en salle mais sera discutée plus tard.

« Ça on le voit par rapport au désir de la patiente. Si elle veut être sur le côté, on essaye. Si elle veut changer ou si ce n'est pas efficace, je change de position. Je n'utilise jamais les étriers mais je privilégie la barre et ou les cale-pieds au bout du lit. Je trouve que c'est bien plus efficace. De même je lui fais attraper ses cuisses comme ça, elle ouvre bien le bassin et je trouve que ça dirige mieux les efforts expulsifs. [...] Si je vois que ça ne descend pas j'ai quand même tendance à les mettre sur le dos mais toujours en hyperflexion. » Alexandra (MA)

Cependant, Sophie (MA) considère l'analgésie péridurale comme un facteur de complication dans le choix des positions d'accouchement.

« Si elle veut sur le côté, ben on s'installe sur le côté, si elle veut le quatre pattes on s'installe à quatre pattes... Sur une péri c'est plus compliqué. Sans péri, je leur laisse le choix [...] »

Si le facteur « péridurale » apparaît moins dans la maternité B cela peut être dû au fait que l'analgésie péridurale n'est pas la même dans les deux lieux : Dans la maternité A les patientes sont autonomes dans l'administration des produits analgésiants par le biais d'une pompe. Dans la maternité B, les réinjections sont de la responsabilité de la sage-femme. Ce sont des analgésies péridurales ambulatoires et moins dosées. Les patientes peuvent donc se lever, déambuler et décider des sensations qu'elles veulent ressentir. Ceci peut expliquer qu'étant plus mobiles, les femmes sont plus actrices de leur accouchement.

De plus, Laura (MA) intègre la notion de préparation à la naissance.

« Je m'adapte un petit peu à ce que j'aurais observé pendant le travail, la préparation à l'accouchement et aussi si elle a elle-même réfléchi même sans faire de prépa, à la façon dont elle a envie d'accoucher. »

Dans cette maternité, les cours de préparation à la naissance sont facultatifs et souvent pratiqués à l'extérieur tandis que dans la maternité B, ils ont très souvent lieu sur place et la politique de cette maternité plus « physiologique » au départ insiste sur l'importance de ces cours⁴⁵. Ainsi, toutes les patientes que j'ai

⁴⁵ Les sages-femmes de la maternité B assurent de manière très égale les consultations et les cours de préparations à la naissance

accompagnées lors de mes gardes avaient suivi les différents modules de préparation de cette maternité.

Elles mettent également en avant leur formation aux positions d'accouchement, ce qui ne semble pas être le cas des sages-femmes de la maternité de type 3.

« C'est vrai que je ne suis pas à l'aise, je suis plus à l'aise en position gynécologique. Après faut savoir que dans la dernière année d'exercice là, j'ai appris à faire un peu plus sur le côté, j'ai fait quelques quatre pattes ou debout mais c'est vraiment quand je sais... pour les multipares, sans péri qui sentent d'elles- mêmes je dirais. »

Delphine (MA)

Les professionnelles interrogées sont unanimes pour dire que les patientes sans péridurale sont libres de s'installer comme elles le désirent.

Outre les positions d'accouchements, la pratique de l'épisiotomie est la même dans les deux maternités étudiées.

3.1.1.2 L'épisiotomie

L'épisiotomie est une pratique rare. Elle est justifiée dans les deux maternités par la volonté d'éviter une hypoxie fœtale dans la majeure partie des cas. Les recommandations du CNGOF sur la pratique des épisiotomies préconisent d'ailleurs une pratique restrictive⁴⁶.

Les sages-femmes de la maternité A déclarent en faire très rarement :

« Exceptionnellement. Si je pense qu'en appelant au bout de 45 minutes une heure que la seule chose que le médecin fera par rapport à moi c'est une épisio et le faire sortir, je le fais. » Alexandra (MA)

Charlène (MA) évoque le fait d'en avoir effectué beaucoup au début de sa carrière : elle le justifie par son manque d'expérience :

« [...] Avant euh j'en faisais beaucoup quand je suis sortie de l'école ça s'est sûr, j'en faisais aussi pas mal quand il y avait des anomalies du rythme et tout mais là j'avoue que j'en ai pas fait depuis longtemps... Je crois que l'expérience nous

⁴⁶ Annexe VI : extraits des recommandations du CNGOF

apprend à aussi plus analyser les anomalies du rythme liées à l'expulsion. Alors que quand t'es jeune diplômée, t'es très flippée très vite. »

Amélie (MB) évoque certaines anomalies de rythme pour justifier le peu d'épisiotomies qu'elle est amenée à faire :

« Uniquement pour souffrance fœtale. Quasiment uniquement. Et encore ça dépend de quel type d'anomalie de rythme pardon. »

Les sages-femmes interrogées ont donc ce qu'on pourrait appeler cette « non pratique », en commun. Elles ont justifié leur choix en accord avec les recommandations, qu'aucune d'entre elles ne cite. Ceci peut s'expliquer par le fait que peu de sages-femmes de notre échantillon ne soient diplômées depuis assez longtemps pour avoir connu la pratique systématique des épisiotomies. Néanmoins, les pratiques des deux sages-femmes les plus expérimentées (une par maternité), ne diffèrent pas de celles de leurs collègues plus récemment diplômées.

Seule Laura (A) nous explique comment, malgré les recommandations de l'époque elle n'a plus effectué ce geste de manière systématique.

« [...] Et en fait je me suis rendu compte que, bah ouais finalement, ça passe. Et je me suis dit « ah ouais finalement, tu peux attendre un tout petit peu, quelques minutes de plus mais c'est un temps fou que tu vas gagner derrière en fait pour ne pas suturer. [...] »

Ce témoignage nous permet d'avancer l'idée que certaines sages-femmes, suite à leur expérience, s'interrogent sur leurs pratiques quotidiennes et peuvent les remettre en question, ce que nous traiterons plus loin lorsque les efforts expulsifs seront évoqués.

3.1.1.3 La participation des pères aux efforts expulsifs

La place du futur père auprès de sa femme est une problématique relativement récente et restreinte aux sociétés « modernes ». Nous nous sommes intéressée à la place que laissaient les sages-femmes à ceux accompagnant leurs femmes, leurs attitudes, ce qu'elles attendent ou ce qu'elles redoutent, et si elles leur laissent une place dans ce moment si intense qu'est la fin du travail.

Même si la maternité B semble accorder une place prépondérante aux pères lors des séances de préparation à la naissance, ce qui n'est pas le cas dans la maternité A, les déclarations recueillies dans les deux maternités sont assez semblables. Il est important que le père soit présent, en revanche, pour certaines des professionnelles interrogées, il est nécessaire que la patiente soit dirigée par une seule et même voix. Ainsi, même s'ils sont invités à participer, à encourager leur femme dans cet ultime effort, les sages-femmes veulent rester maitres de la situation que ce soit pour l'installation ou pour le coaching.

« S'il était vraiment actif, dans sa participation et son soutien pour la femme ben dans ce cas-là je vais essayer de les installer ensemble [...]. Ça c'est les papas super enthousiastes et ils hurlent dans son oreille « allez allez allez vas-y vas-y pousse pousse pousse » en tirant sur la jambe alors dans ce cas il faut les canaliser je leur dis : « Ecoutez, il faut revenir à votre rôle » » Maggy (MB)

« [...] Je leur dis « attendez monsieur, il faut que votre femme se concentre sur ma voix, ça se passe entre nous là, les efforts expulsifs c'est moi qui la coache, donc voilà, c'est moi la chef (rire). » Laura (MA)

Toutes ces professionnelles s'accordent à dire que la place du père est importante et qu'elles doivent s'adapter à chaque couple ou à chaque personne qui accompagne la femme. Respecter la distance qu'il peut mettre avec sa femme dans ces moments-là, ou, au contraire, recadrer s'ils prennent le pas sur leur propre travail. De même, certaines insistent sur le fait que la direction des efforts expulsifs doit être fait par la sage-femme et ne doit pas être diluée entre les différents intervenants qu'ils soient internes, infirmières ou médecins. Elle reste la coordinatrice principale dans la direction de l'expulsion.

« [...] Je pense que la patiente elle a souvent besoin d'avoir un point de repère donc autant que ce soit moi. Mais le père, qu'il participe ça me dérange pas parce que je sais très bien que la patiente, même si elle entend son mari, elle a quand même plus une oreille attentive pour sa sage-femme. (Rire) » Magalie (MA)

3.1.2 Des approches différentes

Les protocoles et les habitudes de services des deux maternités sont discordants sur quelques points qui paraissent très intéressants à étudier.

3.1.2.1 Le moment de l'installation pour l'accouchement

Le moment de l'installation en vue de débiter les efforts expulsifs est soumis à des protocoles. En effet la seconde partie du travail qui débute dès que le col de l'utérus est à dilatation complète et qui se termine à l'accouchement se divise en deux phases : D'une part la phase passive où la présentation fœtale descend dans le bassin de la femme et d'autre part la phase active qui correspond à la phase d'expulsion du bébé. C'est à la phase passive que l'on va s'intéresser ici.

Dans la maternité A, on accorde, si le rythme cardiaque fœtal est normal et en absence de toute pathologie fœtale (retard de croissance intra utérin, prématurité,...) ou maternelle (utérus cicatriciel), jusqu'à 3 heures à dilatation complète sans accord préalable du médecin de garde. Les sages-femmes de cette maternité font néanmoins une différence entre les primipares et les multipares et les patientes avec ou sans analgésie péridurale, mais elles s'accordent à dire que cette phase passive peut aller jusqu'à 3 heures. Ce sont donc elles qui jugent des indications et du moment propice pour débiter les efforts expulsifs.

[...] Alors moi en général, je m'installe quand les dames poussent bien. J'ai pas vraiment de critères d'heure. C'est à dire que si la dame ça fait une heure qu'elle est à complète et que son bébé est partie moyenne et qu'elle pousse très bien, je m'installe. Si la dame ne pousse pas super bien, je lui laisse deux heures et voire trois heures s'il y a besoin, s'il est pas engagé, si c'est un utérus sain, on les laisse enfin je lui laisse facilement trois heures. Les utérus cicat c'est deux heures par contre.»

Magalie (MA)

Sophie ajoute la dimension d'une prise en charge plus active au-delà de deux heures de dilatation complète :

« Si au bout de deux heures de dilatation complète on est que partie haute je vais mettre un peu de Synto⁴⁷ pour qu'il descende plus. Et puis voilà, évidemment, variété antérieure etc. ... sinon avant je vais tourner la présentation, je mets en position, sur

⁴⁷ L'ocytocine a pour indication l'insuffisance des contractions utérines, en intensité ou en régularité en début ou en cours de travail.

le côté... enfin bref des positions qui font que la tête va tourner en tout cas seule. Après s'il faut moi je la tourne et j'attends qu'il soit le plus bas possible. »

Laura (MA), ajoute que c'est dépendant de l'activité en salle. Elle nous confie devoir accélérer les choses si l'activité est forte et donc moins se laisser de temps :

«[...] Par contre si l'activité elle est assez dense, comme beaucoup de mes collègues je pense, au bout d'une heure à dilatation complète, si on tente des efforts expulsifs et si elle te le descend de partie haute à partie moyenne partie basse, tu sais que ça va le faire parce qu'elle a déjà accouché voie basse une première fois, je m'installe à ce moment-là tout de suite[...]. Et puis ça me permet de me libérer, et de libérer une autre salle malheureusement, c'est la gestion de la salle de naissance quoi. »

Elle précise également que les sages-femmes de cette maternité, gèrent en toute autonomie la salle de naissance et que des protocoles ont été décidés en équipe pour pouvoir gérer au mieux les patientes et l'activité en salle

« Il y a eu une décision collégiale donc le chef est d'accord pour cette pratique-là. Je crois que c'était en 2011 qu'il y a eu un staff sur les efforts expulsifs, sur la durée des efforts expulsifs. Mais on y réfléchissait déjà depuis un petit moment. »

Dans la maternité B, les protocoles sont différents et les allongements concernant la seconde phase du travail doivent faire l'objet d'une demande au médecin de garde, souvent refusée.

« Bon on peut attendre un peu plus si... si la dynamique n'est pas parfaite et qu'on a un médecin qui est tolérant. Et qu'on a un bébé qui va bien. Mais bon c'est rare et c'est un peu médecin dépendant ». Chloé (MB)

Ainsi, le Syntocinon est bien plus utilisé dans la maternité B parce que le protocole indique de ne pas dépasser deux heures de dilatation complète.

« Après j'ai souvent tendance à mettre du Synto en fin de travail pour que ça descende et c'est vrai que même si la dynamique est bonne mais que ça ne bouge pas trop au bout d'une heure de complète, je mets du Synto. » Inès (MB)

De ce fait, une réelle différence de pratiques apparaît. Delphine (maternité A) nous expliquait qu'une équipe de sages-femmes avait travaillé en collaboration avec les médecins sur les protocoles pour l'utilisation de l'ocytocine :

« C'est juste un peu pour limiter les abus et justement les pratiques un peu empiriques comme nous avec le Synto où on a découvert en regardant les partogrammes qu'il y en avait qui en mettait comme ça sans explications parce que c'était à complète et qu'il fallait que la présentation s'engage alors qu'il n'y avait pas de raison. »

Lorsque l'on étudie les réponses des sages-femmes de la maternité B (de niveau 1), nous pouvons voir que l'utilisation du Syntocinon est choisie pour que la présentation descende dans les deux heures, alors que cette pratique ne correspond plus aux protocoles de la maternité A.

Les sages-femmes de la maternité A précisent toutes que si la présentation fœtale n'est pas encore suffisamment descendue mais qu'elle progresse, ou que les efforts expulsifs ne sont pas efficaces, elles se laissent 1 heure de plus sans forcément mettre de l'ocytocine, ce qui correspond au protocole mis en place.

La manière dont est administrée la péridurale est aussi un facteur pouvant expliquer les différences de réponses. Dans la maternité de niveau 1, les sages-femmes évoquent le moment où la femme ressent l'envie de pousser.

« Alors euh. Utérus cicatriciel après une heure. Une femme sous péridurale qui ne sent pas le besoin de pousser, ce sera au bout de deux heures de dilatation complète plus ou moins. » Maggy (MB)

« Quand tout va bien, j'attends vraiment qu'elles sentent que ça pousse que ce soit un premier bébé ou pas. En général je fais un essai de pousser et en général ça marche. Inès (MB)

Pour les sages-femmes travaillant à la maternité A, cette réponse vient après le rythme cardiaque fœtal et de temps de phase passive. Les péridurales étant plus puissantes, les patientes semblent moins ressentir cette envie. Ce n'est donc pas le premier élément de réponse donné.

« Je ne m'installe pas avant 2 heures de dilatation complète sauf s'il y a des anomalies du rythme bien évidemment ou si la patiente a envie de pousser » Alexandra (MA)

Les patientes sans péridurale ressentent mieux ce qu'il se passe dans leur corps. Les sages-femmes sont donc très à l'écoute des signaux et se placent alors comme

des accompagnantes et des coaches alors qu'elles sont plus directives lorsque les femmes ne ressentent plus les sensations liées à l'imminence de l'accouchement. De même, la parité des patientes est un élément important dans la décision d'installation pour les sages-femmes de la maternité A :

« [...] Sur les multis ben ça va dépendre plutôt de comment elles poussent et euhhhh c'est pas... y 'a pas de règle. Si elle pousse super bien... » Débora (MA)

« Chez une multi, je me donne rarement 3 heures parce qu'au bout de 2 heures je tente, je fais une tentative d'effort expulsif et puis s'il descend bien, je m'installe. »
Laura (MA)

Ce facteur est moins considéré comme un motif d'installation dans la maternité B où, la durée est limitée à deux heures.

« Je me laisse toujours autant de temps. Peu importe que ce soit une primi ou une multipare... » Juliette (MB)

Pour résumer, la péridurale et la parité sont deux indicateurs différemment pris en compte dans les deux maternités. Le rythme cardio fœtal est commun aux différents praticiens des deux maternités.

Nous avons aussi voulu poser la question de la prise en charge de la délivrance, oh combien importante puisque nous rappelons qu'en France, l'hémorragie du post-partum est le premier facteur de mortalité maternelle⁴⁸. Même si les protocoles diffèrent légèrement entre les deux établissements, la prise en charge est soumise aux recommandations et aux protocoles. C'est pourquoi nous avons choisi de ne pas le traiter dans cette partie, étant donné que l'autonomie des sages-femmes est contrainte par ces recommandations.

Il en est de même pour la prise en charge des nouveau-nés en salle de naissance. En ce qui concerne le premier examen, des différences ont été relevées : le moment où il est réalisé et le type d'examen pratiqué.

⁴⁸ Le nouveau rapport « Mortalité maternelle en France », coordonné par l'unité Inserm U953 « Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants », annonce une baisse du taux de mortalité par hémorragie du postpartum - première cause de mortalité maternelle en France - sur les données de 2007-2009 par rapport à 2004-2006.

3.1.2.2 La prise en charge des nouveau-nés

Dans la maternité B (de niveau 1) l'examen pédiatrique est fait au moment de la sortie de la salle de naissance, soit deux heures après la naissance et n'est pas complet⁴⁹. Dans la maternité A (niveau 3), l'examen se fait plutôt 30 à 45 minutes après la naissance et les sages-femmes insistent pour faire un examen complet. Elles estiment de leur responsabilité de dépister précocement les éventuelles pathologies nécessitant une prise en charge rapide. Mais certaines dénoncent la surcharge d'activité ce qui expliquerait qu'elles le fassent plus tôt : une fois la patiente accouchée, la surveillance étant réalisée par des infirmières, cela leur permet de clôturer le dossier de la patiente et d'assurer les transmissions pour les suites de couches.

3.1.3 La gestion des efforts expulsifs en salle de naissance

Cette question est le cœur de notre problématique et elle s'est avérée très pertinente quant au sujet qui nous intéresse principalement : l'autonomie des sages-femmes.

Le guide d'entretien est construit de manière à poser différentes questions autour de cette pratique, reformulées au cours de l'entretien, pour cerner les habitudes cliniques, les connaissances théoriques et l'autonomie ressentie.

La première question « Combien de temps faites-vous pousser et pourquoi ? » intervient tôt dans les entretiens. Les déclarations, souvent courtes, pouvaient être complétées par cette seconde question qui arrivait plus tardivement dans l'entretien. « Est-ce que vous savez qu'ailleurs on accorde plus /moins de temps aux patientes pour les efforts expulsifs ? Qu'est-ce que vous en pensez ? » cette seconde question, apportait des compléments de réponses notamment sur leurs connaissances des études existantes, leur réflexion sur cette limitation et sur leurs pratiques. De plus, une question : portait sur l'autonomie « Qu'est-ce que l'autonomie pour vous ? Vous sentez-vous autonome dans cette pratique (des efforts expulsifs)? Est-ce que l'intervention systématique ou l'obligation de devoir appeler un médecin

⁴⁹ L'examen pédiatrique permet de vérifier l'absence de pathologies (anatomiques ou fonctionnelles) de l'enfant mais également l'état neurologique. Cet examen suit des critères très précis. Dans la maternité B l'examen neurologique et certains éléments anatomiques ne sont pas vérifiés en salle de naissance.

au bout de 30 minutes est une atteinte à votre autonomie ? Vous sentez vous autonome dans vos pratiques quotidiennes de sages-femmes ? »

3.1.3.1 Les efforts expulsifs dans la maternité B

Le protocole régissant les efforts expulsifs est récent dans cette maternité de niveau 1. Les entretiens avec ces sages-femmes sont d'autant plus intéressants que, pour la plupart d'entre elles, elles ont connu une gestion plus libre de leurs accouchements. Considèrent-elles ces changements récents comme une réduction de leur autonomie ? C'est ce que nous avons cherché à approfondir.

A la première question, la majeure partie des sages-femmes interrogées répondent 30 minutes.

« Quand tout va bien 30 minutes c'est bien... Mais c'est vrai que quand on s'installe au bout de deux heures de complète et que le bébé est partie haute j'appelle au bout de 20 minutes. C'est les nouvelles directives. 20 minutes pour ben le temps qu'ils arrivent et tout ça quoi. » Alice (MB)

Quand nous demandons si ces nouvelles directives sont récentes.

« Depuis Septembre⁵⁰. Avant on avait plus de marge. Entre 30 et 50 minutes on va dire. Bon c'est sûr que si c'était un utérus cicatriciel on se laissait pas autant de temps. Les bébés n'allaient pas mal en plus. On faisait pas n'importe quoi. Si le rythme était pas bon ou que ça progressait pas du tout, on appelait. Maintenant il y a un côté automatique mais bon on s'y fait. »

Plus tard dans l'entretien, nous posons la question à la même sage-femme sur son sentiment d'autonomie dans cette pratique, afin de savoir si elle considérerait cette limitation comme une atteinte à son autonomie.

« Oui enfin, je me sentais un peu plus autonome avant. Depuis qu'il y a le tableau avec les monitos... la centrale, tu vois les médecins débarquer sans que tu les aies appelés. Quand ils passent par là et qu'ils voient un gros ralentissement alors que nous on est sur place, on gère et on s'inquiète pas plus que ça. Maintenant ils arrivent, frappent et entrent des fois ils ont déjà les spatules ou les forceps à la main... »

« Ah bah oui c'est sur. C'est toujours un choc en fait... Moi ça m'agace à chaque fois. C'est surtout le fait de ne pas prévenir tes patientes tu vois. Avec cette centrale, on

⁵⁰ Soit trois mois avant que ces entretiens ne soient menés.

est hyper surveillé. Ils voient le moindre truc... Alors que toi à l'oreille tu sais que c'est classique de la descente, que ça récupère etc... Mais c'est souvent plus flippant sur la centrale qu'en vrai... Mais du coup tu les vois quand même arriver et franchement... Mais bon on espère que la nouvelle équipe va s'habituer et puis... voilà quoi. En fait on s'arrange maintenant. On ne dit pas tout non plus du coup. C'est dommage. »

Alice dévoile les stratégies utilisées pour pouvoir récupérer un peu de son autonomie. A première vue, lorsqu'elle conclue « on s'y fait », on pourrait se dire que ce protocole est intégré et respecté mais lorsque l'on va plus loin, les stratégies de ces acteurs pour se sortir de la domination qui leur paraît injustifiée apparaissent.

Agnès, qui ne prend plus que quelques gardes dans cette maternité et exerce comme sage-femme libérale, nous déclarait ne laisser pousser que 40 minutes au maximum, mais n'étant plus très présente, elle nous dit « *ne pas être pas au courant des nouveaux protocoles* ». Elle nous déclare lorsque nous l'interrogeons sur cette limitation :

« Pour moi de mettre du systématique c'est pas cohérent en fait [...] Pousser c'est pas rien, on a beaucoup de primi et c'est pas leur donner leur chance en fait d'accoucher donc c'est vrai que si on nous met vraiment en 30 minutes ça me...ce ne serait pas en accord avec ma pratique en fait. Alors maintenant s'il faut être bête et discipliné c'est ce qu'on nous demande je crois que ça ne me plairait pas. [...] »

Christelle, elle, déclare ne faire pousser ses patientes que 30 minutes :

« Si le rythme est normal je dirais 30 minutes. Enfin depuis quelque temps on nous parle même de 20 minutes... C'est dire comme c'est court...Ça c'est depuis l'arrivée de la nouvelle équipe je crois que c'était en septembre. Avant on faisait un peu ce qu'on voulait. ¾ d'heures une heure ça dépendait des antécédents aussi. »

Lorsqu'on lui parle d'autonomie dans la gestion des efforts expulsifs, elle évoque elle aussi, les modifications apportées par la centrale de monitoring et la nouvelle équipe et décrit des comportements qu'elle ne trouve pas déontologiques:

« On se sent autonome tu vois. Et des fois bah ils entrent dans la salle comme ça et euh... ben c'est pas cool. [...]En plus, quand ils débarquent sans prévenir, tu te retrouves un peu en porte à faux vis à vis des patientes. Si tu ne lui as pas dit c'est que pour toi tout va bien et hop d'un coup t'as deux médecins, parce qu'en général t'as le chef et l'interne, qui arrivent et hop ils s'habillent, ils examinent et ils

décident, soit que tu continues soit qu'il faut des instruments. Bonjour la crédibilité...».

Toutes ces sages-femmes montrent leur agacement face à ces nouvelles directives qu'elles ne trouvent pas fondées. Elles concluent par une atteinte à leur autonomie. Néanmoins, il semble qu'il n'y ait pas de discussion de ces pratiques, que ce soit entre elles ou avec les médecins. Les travaux récents de Camille Le Ray que nous avons évoqué en première partie ne semblent pas connus des sages-femmes, ni des médecins. Qu'en est-il de la maternité A ?

3.1.3.2 Les efforts expulsifs dans la maternité A (de niveau 3)

La durée des efforts expulsifs n'est pas limitée dans cet établissement. Lors de l'analyse des entretiens, quelques disparités apparaissent dans les déclarations sur la notion de protocole. Certaines nous ont déclaré qu'il en existe un, d'autres nous ont expliqué qu'il est en cours d'élaboration pour les suivis de travail physiologiques, et d'autres nous mentionnent que ce sont plutôt des habitudes de services mais qu'aucun texte ne régit cette question⁵¹. Nous avons cherché à connaître l'origine de ces pratiques, si les sages-femmes avaient déjà été limitées et pourquoi il y avait eu des changements. Ce sont des recherches faites par les sages-femmes, présentées lors d'un staff d'équipe aux médecins qui ont donné lieu à une étude commune. A la suite de cela, ils ont suscité l'intervention de Camille Le Ray lors d'un autre staff qui a permis de valider ce changement de pratiques.

Pour connaître les origines de ce qui s'est avéré être un changement de règles, nous avons questionné Sophie, la plus ancienne des sages-femmes de la maternité A :

« Ben quand on avait travaillé justement sur les efforts expulsifs, pour qu'on vienne nous présenter le topo de Camille Le Ray, on avait regardé les textes et il y a en France où c'est limité à 30 minutes. Dans le monde ailleurs, il n'y a pas de limite et il n'y a qu'en France. Donc aucun intérêt.

Quand je suis arrivée ici, c'était plutôt 30 minutes. Et en fait, il n'y a pas eu vraiment de réflexion, ça s'est fait au fur et à mesure. [...]. Et du coup, de fil en aiguille, on s'est dit bon ben finalement oui, il n'y avait aucune raison d'appeler, le rythme était normal, la dynamique était celle-ci mais il n'y avait pas besoin de Synto pour

⁵¹ Nous n'avons pas lu de protocole sur ce sujet.

accélérer quoi que ce soit donc [...]...Finalement, on nous laissait juger nous de cliniquement ce qu'il se passait. [...]

Sophie nous indique qu'à son arrivée, les habitudes étaient plutôt autour de 30 minutes d'efforts expulsifs. Il semblerait que le chef de service ait facilement toléré l'augmentation de la durée des efforts expulsifs voyant que cette pratique n'engendrait pas de conséquences néonatales et maternelles. Ce changement est donc bel et bien dû à l'exercice et à l'expérience des sages-femmes dans cette salle de naissance, appuyé sur l'étude de Camille Le Ray. Les sages-femmes de cette maternité ont l'opportunité de faire partie de groupes de travail concernant des problématiques rencontrées fréquemment en salle de naissance. Sophie nous explique ce qui a découlé de cette recherche :

« Ici sur les efforts expulsifs on n'en a pas (de protocole). En revanche on en a fait un sur les touchers vaginaux horaires. Ou on a arrêté de les faire toutes les heures. C'est toutes les deux heures maintenant. Donc voilà.[...] »

Quand le Synto a été remis en cause parce que l'étude était sortie, sur le fait que ça donnait plus d'hémorragie tout ça, et déjà, d'emblée, on n'utilisait pas systématiquement le Synto quoi qu'il arrive que c'était quand il y avait une indication à le mettre. On a fait une étude et du coup on a dit bah oui mais si on met moins de Synto, faisons moins de TV parce qu'on va se remettre à mettre du Synto alors que... Donc si la dynamique est bonne, voilà on fait toutes les deux heures et les médecins acceptent du coup qu'il puisse y avoir une stagnation de 4 heures. Donc voilà. Mais il n'y a pas de protocole sur les efforts expulsifs. »

Les pratiques semblent homogènes d'une praticienne à l'autre:

« J'ai pas de limites de durée d'efforts expulsifs. J'évalue la patiente en fait. Si je vois que ses efforts deviennent de plus en plus inefficaces parce qu'elle se fatigue, sinon bah bien sûr quand il commence à y avoir des anomalies du rythme et puis voilà... après quand au bout d'un moment, au bout d'un certain temps d'effort expulsif, la présentation ne descend plus là j'appelle. Mais je n'ai pas de limite de temps. Sachant que voilà, au bout d'une heure en général elles ne sont plus très efficaces. »

Coraline (MA)

La dimension du risque pour la mère et les conséquences sur l'état néonatal sont aussi mises en avant par les sages-femmes interrogées, préoccupées de ne pas faire encourir de risques à leurs patientes ni à leurs nouveau-nés.

Charlène introduit la dimension de dynamique utérine, c'est à dire le rythme entre chaque contraction.

« Ah bah alors ça, je prends tout mon temps, il n'y pas de problème. Normalement, logiquement quand le rythme est parfait, et que tout est parfait... que le liquide est clair et que tout va bien, euh... C'est difficile comme question parce qu'après ça dépend aussi de sa dynamique tu vois. Si elle contracte toutes les 2 minutes et qu'elle pousse toutes les 2 minutes bah c'est à dire que je ne vais pas non plus attendre une heure. En revanche, s'il y a une dynamique irrégulière avec des contractions qui sont assez espacées etc... Là je peux me laisser euh... ça m'arrive de mettre 1 heure quand tout est bien [...] Si au bout d'une demie heure, le bébé, je vois qu'il n'avance plus, et qu'il reste bloqué partie moyenne, je ne vais pas m'amuser à la faire pousser une heure quoi. Là j'appelle. C'est vrai que c'est un peu mon délai,»

Le fait de mettre en place un protocole figé ne laisse pas de place aux disparités de pratique. Lorsque Charlène évoque les différentes dynamiques de contractions d'une patiente à une autre, on peut alors clairement se poser la question de l'utilité de protocole dans cette pratique ?

Nous avons questionné ces professionnelles sur leurs ressentis de l'autonomie dans cette pratique et leurs pratiques quotidiennes.

Alexandra (MA) insiste notamment sur la notion de liberté d'exercice :

« C'est une grande liberté que ce soit plus de 30 minutes. C'est très frustrant. 30 minutes ça passe vite ça dépend du contexte et c'est extrêmement frustrant. [...] Oui c'est une atteinte à l'autonomie quand t'estimes que tout va bien et que tu peux te permettre d'attendre encore un petit peu et que sous prétexte qu'on me dit que c'est qu'une demi-heure, je me retrouve dépendante du médecin à cause du timing alors que tout se passe bien. »

A la question « Est ce que limiter les efforts expulsifs à 30 minutes serait une atteinte à ton autonomie ? » Magalie répond :

« Le fait que le médecin soit, même s'il est pas systématiquement derrière la porte, mais qu'il soit là à chaque instant où tout ce que tu fais en salle, t'as toujours un médecin derrière toi qui dit, qu'est-ce que tu fais, ou machin machin, Moi je trouve que c'est complètement une perte d'autonomie quoi c'est...ça va à l'encontre de tout ce qu'on nous demande de faire. Après il y a des protocoles qu'il faut respecter et on n'est pas des têtes brûlées, [...] faut pas que ces protocoles soient basés sur rien de

fiable. Faut pas déconner on fait plein d'études, faut bien que ça serve à valider ou pas des pratiques mais euh... voilà, pour moi l'autonomie c'est ça, c'est se faire confiance et avoir la confiance des médecins. »

Pour Delphine, l'autonomie est le fruit de l'expérience et d'une nécessité d'apprentissage sur le terrain :

« Oui je me sens assez autonome dans la gestion des efforts expulsifs. Mais c'est pas quelque chose qui m'est tombé comme ça avec le diplôme hein. Ça prend un certain temps. Et j'ai encore beaucoup à apprendre. Mais je pense que la formation nous permet quand même d'être autonomes et d'avoir une bonne réflexion, en tous cas, sur notre façon de travailler. Et pas se mettre en danger, parce que je pense que quand on est jeune sage-femme, c'est normal d'appeler, c'est normal de... de jauger justement ce qu'on arrive à faire seul et de la prise de risque parce qu'on prend jamais vraiment de risque et heureusement. Donc... oui je pense être autonome par rapport à ça. »

Tous les changements introduits par cette équipe sont dus à la préoccupation des sages-femmes de faire évoluer leurs pratiques mais également à la volonté du chef de service, ouvert aux fait que les sages-femmes fassent partie des groupes de travail pour l'élaboration et l'amélioration des prises en charges des patientes et des nouveau-nés.

Schweyer⁵² dans son enquête de 1995 concluait que l'autonomie ressentie était plus importante dans les maternités de type 3 que chez les sages-femmes exerçant dans d'autres unités hospitalières (ou même en libéral) : « La taille de l'établissement produit un effet important : plus le nombre d'accouchements réalisés est grand, plus les sages-femmes disent avoir une grande autonomie (49% si plus de 2000 accouchements, 36% si moins de 1000) [...] On peut faire l'hypothèse que l'autonomie ressentie traduit l'acceptation de l'interdépendance. »⁵³. Son analyse est

⁵² François-Xavier Schweyer « La profession sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste » In Sciences sociales et santé. Volume 14, n° 3 1996. pp 67-102. Au moment de sa recherche, les maternités 3 étaient de taille plus importante que les autres, ce qui n'est pas retrouvé dans cette étude.

⁵³ Ibidem, p. 82

applicable à notre étude, à la réserve près que le nombre d'accouchements entre les deux maternités tend à se rejoindre

Nous avons présenté ci-dessus les principaux résultats émergeant de notre étude, en suivant le déroulé du guide d'entretien.

Les relations interprofessionnelles notamment entre les médecins et les sages-femmes ressortent aussi comme un thème important de l'analyse. Toutes les sages-femmes hospitalières interrogées évoquent les échanges qu'elles peuvent avoir avec les médecins. Il s'agit d'étudier ici les types d'interactions, les impacts positifs ou négatifs concernant leurs pratiques et leur autonomie dans ce que nous nommons des analyses transversales, puisque les thèmes qui émergent n'ont pas été directement abordés par le guide d'entretien.

3.2 Analyses transversales

3.2.1 Les processus de socialisation

La socialisation se fait à différentes échelles. La première a lieu lors de l'apprentissage du métier : A l'école de sages-femmes notamment lors des enseignements théoriques et des enseignements pratiques.

Pour de nombreuses sages-femmes, l'école a une responsabilité dans l'attitude des sages-femmes au travail.

«Moi je pense qu'il y a une énorme part de responsabilité euh des sages-femmes. Et... bon après ça change peut être maintenant je ne sais pas comment c'est vous à l'école de sages-femmes. Mais nous à l'école de sages-femmes on a été vraiment limite maltraitées, harcelées moralement etc... donc on a été habituées à être traitées comme.... Comme des sous-humains quoi. Mais du coup quand on arrive en salle de naissance à la maternité même en n'étant pas bien traitées on était quand même contentes C'est quand même mieux que l'école de sage-femme.» Amélie (MB)

« [...] Tout le monde se rend compte du décalage qu'il y a entre ce qu'on apprend à l'école, toute l'autonomie qu'on t'apprend à l'école et la réalité du terrain. Mais c'est vrai qu'on t'apprend aussi à bien obéir. Ça c'est la particularité des écoles de sages-femmes. Déjà rien que l'appellation école ça me... C'est déjà on te conditionne à obéir. Donc voilà. » Laura (MB)

« On nous a un peu... Ouais nos études etc... font qu'on nous a modelées comme ça alors que je ne pensais pas être comme ça. » Alexandra (MA)

L'intégration dans une équipe de professionnels expérimentés, de culture et de valeurs variées, constitue une autre phase de socialisation.

« Je n'ai pas vu de protocole écrit mais moi on me l'a bien dit quand je suis arrivée donc ben j'en ai tenu compte mais vu que j'ai toujours fait comme ça... » (Juliette MB)

« Je n'ai jamais eu de remarques au staff et les sages-femmes m'ont briefée quand je suis arrivée en me disant que ce n'était pas limité [à propos des EE] » Coraline (MA)

« Ici on a plutôt une politique assez restrictive sur les épisios mais c'est pas du tout une pression. C'est à dire que moi quand je suis arrivée on m'a dit « fais pas d'épisio » Magalie (MB)

L'expérience permet d'acquérir une meilleure autonomie, et une reconnaissance des « partenaires ». Dans la maternité A, cette expérience est plus partagée avec les nouvelles arrivées, et d'ailleurs avec les médecins nouvellement arrivés aussi comme nous l'avons montré plus haut, que dans la maternité B. En effet :

« Par rapport à certaines de mes collègues j'ai l'impression d'être assez autonome en revanche c'est une vraie différence entre les nouvelles diplômées et les anciennes. Les nouvelles diplômées, je pense qu'elles sont pas autonomes et qu'on leur fait pas confiance et qu'elles sont obligées de se plier à des règles qui sont débiles. Tu vois je ne suis pas sûre que les nouvelles diplômées examinent les patientes toutes les deux heures. A mon avis elles le font toutes les heures. Et je ne pense pas qu'elles s'autorisent à faire pousser $\frac{3}{4}$ d'heures. Tu vois je pense qu'il y a plein de choses... Aussi par rapport à la profession et aux diplômes de sage-femme n'est pas forcément bien reconnu comme il devrait l'être. Mais une fois que t'as de la bouteille et que les gens te connaissent, c'est différent. » Amélie (MB)

3.2.2 Relations médecins/sages-femmes

L'étude des relations entre ces deux corps de métiers révèle de nombreuses difficultés, notamment sur la place de ces praticiennes dans le monde hospitalier. Comme le souligne Béatrice Jacques : « Les deux acteurs principaux de l'enfantement dans l'institution hospitalière sont l'obstétricien et la sage-femme.

Depuis l'arrivée de l'homme accoucheur dans les couches, la sage-femme a progressivement perdu sa place centrale dans la naissance. »⁵⁴ Ce partage des rôles, particulièrement difficile en France, divise le type de naissance en deux catégories : « Ce qui est de l'ordre du normal et ce qui est de l'ordre du pathologique », Les sages-femmes sont alors responsables de ce qui se définit comme l'eutocie, l'ordre normal. Ces deux « logiques professionnelles différentes » devraient alors pouvoir se combiner, sans interférence. Néanmoins, c'est la définition médicale du risque obstétrical qui ne permet pas cette cohésion entre les équipes. Madeleine Akrich donnait une définition à l'accouchement « En France, toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement risqués et il n'y a aucun moyen permettant d'éliminer de façon radicale le risque »⁵⁵. Cette définition ainsi posée nous montre bien que les naissances ne sont considérées comme eutocique qu'à posteriori. Ce caractère instable de la situation est le principal argument des médecins pour pouvoir intervenir à tout moment de la naissance.

Sophie (maternité A) évoquait « *quand je laisse plus de deux heures, je dis au chef que je mets du Synto [...] J'avertis seulement.* ». Dans l'extrait d'entretien présenté supra, la position de son chef de service, qui leur laissait la possibilité de « *juger cliniquement de ce qu'il se passait* ». Il s'agit d'analyser si le chef de service a un rôle dans l'adaptation des pratiques et de l'autonomie des professionnels de son équipe, et mettre en avant les négociations interprofessionnelles qui se jouent dans un espace de soins, ici la salle de naissance.

3.2.2.1 Le rôle du chef de service

Les établissements hospitaliers ayant été largement étudiés par la sociologie des organisations, nous ne pouvons pas passer à côté de l'apport théorique qui met en exergue les enjeux de ces relations interprofessionnelles.

Sophie met en avant la personnalité de son chef de service et les conséquences qui en découlent sur ses pratiques quotidiennes :

⁵⁴ Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement, 2007, PUF p54

⁵⁵ Madeleine Akrich, Bernicke Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes*, Paris, Mire, « les empêchements de penser en rond », 1996, p.32

« Et c'est vrai que notre chef de service n'a jamais imposé des choses en disant... lui, de toute façon que ce soit pathologique ou pas, ce n'est que du cas par cas, tu ne généralises en rien donc voilà, tu t'adaptes à la situation. »

Certaines sages-femmes, expriment l'idée que sans l'aval du chef de service les adaptations selon les patientes sont difficiles. Maggy lorsque nous lui expliquons les pratiques de la maternité A s'interroge sur la position du chef de service :

« Mais tu vois quand je suis arrivée, on avait pas de chef. On avait un médecin coordinateur qui n'avait pas d'autorité, c'était un panier de crabes entre les médecins, entre les jeunes et les vieux, il n'y avait personne pour encadrer. Et là beaucoup de jeunes qui sont partis, quelques vieux aussi à la retraite et maintenant on a de nouveaux de jeunes et des chefs de service aussi qui essaient de cadrer et c'est pas du tout la médecin pro sage-femme, c'est pas du tout quelqu'un avec du pouvoir qui veut bien donner du pouvoir aux sages-femmes. C'est comme à X, le chef il est très pro sage-femme et il suffit d'avoir un médecin, celui qui a le pouvoir, qui daigne donner un peu de latitude aux sages-femmes. Donc tant mieux pour celles qui ont cette chance mais c'est juste pas le cas ici et c'est dommage. » Maggy (MB)

Les sages-femmes abordent la notion d'autorité du chef de service : ses décisions sont à suivre parce qu'il est légitime. Les pratiques et les habitudes de services découleraient de la personnalité de ce représentant et de son regard sur la profession de sage-femme.

Max Weber⁵⁶ utilisait le terme « authority » et celle-ci renvoie plus à la notion de domination que d'autorité selon Raymond Aron. Trois types de domination ont été décrits :

- « - la domination légale est de caractère rationnel : elle a pour fondement la croyance en la validité de la légalité des règlements établis rationnellement et en la légitimité des chefs désignés conformément à la loi.
- La domination traditionnelle a pour base la croyance en la sainteté des traditions en vigueur et en la légitimité de ceux qui sont appelés au pouvoir et en vertu de la coutume.
- La domination charismatique repose sur l'abandon des membres à la valeur personnelle d'un homme qui se distingue par sa sainteté, son héroïsme ou son exemplarité.

⁵⁶ Catherine Ballé, Sociologie des organisations, PUF, 8^{ème} édition, 2013 pp18-23

Ici la domination du chef de service semble être ce que Weber appelle la domination légale.

3.2.2.2 Les négociations interprofessionnelles

Béatrice Jacques en souligne l'aspect politique « Eliot Friedson a bien montré que la profession se constitue aussi grâce à l'action de l'Etat qui rend « illégaux les métiers qui pourraient concurrencer la médecine et accorde aux médecins le droit de diriger les activités qui se rattachent à la leur ». Après avoir interdit l'exercice d'accoucheuse non diplômée, l'Etat a délégué l'organisation de la formation des sages-femmes aux médecins et a rappelé que le métier de sage-femme est une profession médicale à « compétence limitée ». [...] Reconnus comme experts et comme seuls juges de l'intérêt thérapeutique d'une décision, les décideurs politiques ouvrent largement les portes du ministère de la Santé aux obstétriciens et laissent eux-mêmes décider des orientations à suivre. Cette proximité nouvelle avec les pouvoirs publics permet aux gynécologues- obstétriciens d'étendre leur pouvoir et surtout de décider seuls des orientations de la discipline [...] »⁵⁷

Cette notion de pouvoir politique n'est pas étrangère aux sages-femmes et apparaît très clairement dans certains entretiens :

« C'est parce que c'est politique, parce qu'au gouvernement t'as énormément de médecins, donc t'as... Tu vois si t'avais plus de sages-femmes à l'Assemblée ce serait autre chose au niveau des décisions de loi et que je pense que les médecins ont peur qu'on leur pique leur suprématie parce que... Bon je généralise hein. T'as des médecins qui sont super humains, qui sont vraiment... qui sont, qui travaillent de façon intelligente et complémentaire avec nous et t'en as d'autre qui aiment bien avoir... Comment dire, tu vois c'est le plaisir du pouvoir quoi et quand tu délègues forcément ton pouvoir il diminue et que je pense que le problème il vient de là tout simplement. Et que si les médecins acceptaient d'être un peu moins en haut de l'échelle et de partager plus le travail on pourrait arriver à ça. Mais je pense que c'est très très politique. » Chloé (MB)

L'analyse thématique des entretiens a dévoilé de nombreux points de discorde entre les obstétriciens et les sages-femmes.

⁵⁷ Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement, 2007, PUF p. 49

Les relations des acteurs sociaux sont souvent ponctuées de négociations. Chloé (maternité B), nous parle, à propos des efforts expulsifs, des variations interindividuelles qui rendent la pratique parfois difficile

«Bon on peut attendre un peu plus si... si la dynamique n'est pas parfaite et qu'on a un médecin qui est tolérant. Et qu'on a un bébé qui va bien. Mais bon c'est rare et c'est un peu médecin dépendant. [...]»

Nous avons également demandé à certaines SF de la maternité B si la limitation de durée des efforts expulsifs avait été abordée avec les médecins

« On a énormément de jeunes médecins qui sortent de niveau 3 et qui n'ont jamais observé un travail physiologique. Donc eux ils sont sûrs de ce qu'ils ont appris et 30 minutes c'est 30 minutes et puis voilà.

- Pourtant il y a des études qui traitent de ces sujets ?

Ouais. On devrait peut être leur présenter. Mais du coup on a eu d'autres chats à fouetter, je t'avoue. »

Il semblerait que les équipes soignantes soient tellement cloisonnées que les échanges concernant les pratiques professionnelles soient très difficiles.

Christelle de la même maternité dresse le même constat et ajoute une stratégie pour exercer ses compétences :

« Je pense que c'est un moment spécial aussi pour nous ici, où il y a des nouveaux médecins, qu'ils n'ont pas forcément confiance dans certaines sages-femmes qui les...ou du moins on a l'impression d'avoir besoin de faire nos preuves aussi. Et faut que je trouve un truc pour me justifier je laisse souvent en fait trois heures à complète quand le rythme est parfait. Je demande une heure de plus le temps qu'il descende mais c'est vrai que c'est souvent mal vu. Le médecin va te dire oui mais... En plus si elle saigne derrière on va te le mettre dans la tête. Alors que bon... Alors du coup bah tu mets 9 cm... Tu dis qu'il y a un bourrelet de col, un petit bourrelet de col qui gêne. »

L'ouvrage de Béatrice Jacques apporte un éclairage : « Les obstétriciens se présentent comme les experts de la gestion du risque et ce, quels que soient le niveau de la maternité et le niveau d'équipement de la structure pour répondre à ce risque. Ce mode de pensée homogène se structure également par le type de formation qu'ils ont reçue [...] Ce sentiment d'insécurité est omniprésent chez les professionnels de l'obstétrique et repose sur l'idée centrale qu'il faut davantage se

concentrer sur la recherche de la pathologie que sur la surveillance d'un processus physiologique. »⁵⁸

L'expérience des médecins façonne aussi leurs pratiques, notent certaines SF interrogées :

« [...] on a eu l'arrivée de plein de jeunes médecins gynécologues chirurgiens, formés à l'AP-HP qui étaient assez flippés je pense du fait de travailler dans un niveau 1 où il y avait beaucoup moins de... il n'y avait pas de pédiatre, il n'y avait pas de... je pense que ils flippaient un petit peu de, du fait de ne pas avoir de protocoles, d'avoir des pratiques variables, de ne pas faire comme ils faisaient à l'AP-HP qui étaient finalement assez rassurant. [...] » Maggy (MB)

Les sages-femmes de cette maternité s'agacent de voir leurs connaissances et leurs pratiques remises en question par les médecins pour des raisons qu'elles n'estiment pas justifiées. Pour elles, systématiser les actes réduit clairement leur autonomie et semblent témoigner d'un manque de confiance des médecins. Elles expriment leur volonté de travailler en équipe globale ce qui apparaît peu dans les observations et dans les entretiens :

« J'essai de me dire que quand même on travaille en équipe et c'est la richesse aussi de cette maternité et que du coup c'est bien quand même que qu'ils se sentent concernés. Après, qu'ils viennent pas comme un cheveu sur la soupe mais j'ai jamais eu vraiment cette expérience [...] Il y a des fois où je me suis quand même sentie... non respectée. » Sylvie (MB)

Ce témoignage montre à quel point les discussions restent difficiles, les sages-femmes se sentent évincées dans la prise en charge malgré une volonté d'améliorer les rapports avec les médecins. Personne ne semble vouloir ouvrir le débat et la suprématie des médecins se ressent.

En revanche dans maternité A, la négociation est clairement engagée et le respect des pratiques des uns et des autres est observable

« [...] et quand bah justement des nouveaux chefs arrivent et qu'ils n'ont pas l'habitude justement de notre façon de faire, euh oui y a des fois ou les médecins qui ont pu débarquer dans des salles parce que ça faisait 40 minutes qu'on faisait pousser et ils le

⁵⁸ Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement, 2007, PUF p. 56

voyaient via la centrale et euh pour se rassurer, voir ou on en était. Derrière s'en suivent des explications bien entendu. Mais du coup de manière générale, si, on est... Autonome quoi.» Débora (MA)

[...]Ah bah très clair. Et dans ces cas-là, ils repartent. Je leur dit « t'inquiète, je t'appelle si ça avance plus ». C'est arrivé pas mal de fois mais on en discute et bon... Soit ils comprennent et ça s'apaise et les prochaines gardes ils ne viendront pas. Soit ça se règle au-dessus on a tous une discussion, sage-femme, médecin et on règle ça. Encore faut-il qu'il prouve que j'aurais dû appeler... » Sophie (MA)

A travers ces discours, on ressent bien que les sages-femmes cherchent à maintenir leur autonomie, étudés à l'appui. Mais les discussions paraissent également possibles puisqu'elles ont le soutien du chef de service. En discutant avec ces sages-femmes, il semblerait qu'historiquement, le discours avec lui soit ouvert.

Max nous explique que son sentiment d'autonomie passe par cette négociation quotidienne avec les médecins :

« [...]et on a surtout le sentiment de pouvoir discuter avec les médecins de la prise en charge même si il y a beaucoup de protocoles, qu'il y a euh... je pense qu'il y a une rigueur derrière. Mais on a cette possibilité de discuter et qui fait qu'on se sent plus autonome. On est moins à Suivre.... Tout ce que le médecin dit. On peut avoir notre mot à dire même si en règle générale on est d'accord sur tout ce qu'ils disent et tout ce qu'ils font mais on peut ne pas être d'accord et être entendus. J'ai l'impression en tous cas. »

Dans ce chapitre, d'autres praticiens médicaux qui entrent quotidiennement en relation professionnelle avec les sages-femmes auraient pu être mentionnés. Il apparaît que seuls les obstétriciens ont été abordés dans les entretiens, ni les pédiatres ni les anesthésistes ne sont cités. Danièle Carricaburu avait montré dans son ouvrage les tensions qu'il pouvait y avoir avec les anesthésistes. Mais à aucun moment ces tensions n'ont été évoquées. Nous discuterons de ce résultat ultérieurement.

3.2.3 Relations sages-femmes/équipe soignante

Par équipe soignante nous entendons les autres corps de métiers, acteurs des salles de naissances en région parisienne⁵⁹ comme les infirmières, les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture.

La relation aux infirmières n'est pas la même dans les deux maternités. Dans la maternité B, leur participation aux soins des accouchées dépend de chacune d'elles. Il ne semble pas y avoir de cohésion ou d'habitudes de service quant aux soins.

« J'essaye de le [le suivi du post-partum] faire mais ça dépend énormément de l'activité en salle tu vois. Et puis ça dépend aussi de qui est avec nous. Il y a des infirmières qui vont le faire spontanément. Elles nous demandent de vérifier une dernière fois les saignements et ensuite, elles les déperfusent après nous avoir demandé, leur font faire pipi et ensuite elles notent tout et nous disent. » Inès (MB)
« [...] D'ailleurs c'est aussi ce qui peut être difficile avec le travail des aides-soignantes/infirmières c'est qu'elles doivent s'adapter un petit peu au travail de chacune et on ne leur demande pas de faire toujours la même chose et du coup c'est perturbant [...] » Agnès (MB)

Il semblerait aussi que les équipes soignantes se rendent plus disponibles auprès des sages-femmes ayant plus d'ancienneté. Alors que les sages-femmes arrivées plus récemment gèrent leurs patientes seules.

Dans la maternité A, les rôles et les actions de chaque professionnel semblent plus ancrés dans les habitudes et sont parfaitement réglées. Ils ne sont pas dépendants des équipes.

Ainsi, les mises au sein sont facilement confiées aux auxiliaires :

« C'est souvent les auxiliaires. Par manque de temps et puis en plus les auxiliaires c'est aussi leur boulot. » Morgane (MA)
« Par contre, si elle est pas en forme je laisserais l'auxiliaire le faire plus tard en fait. Mais c'est rarement moi qui reviens après pour proposer la mise au sein en salle. » Laura (MA)

Pour ce qui est du suivi du post-partum, nous avons souligné le rôle prépondérant des infirmières et nous y revenons ici car ces déclarations montrent l'importance accordée à chacun dans cette organisation.

⁵⁹ Nous précisons en région parisiennes car, hors des maternités de l'AP HP, peu d'infirmières travaillent en salle de naissance.

« Mais c'est vrai que par exemple, l'examen de sortie de salle de naissance, c'est les infirmières qui le font et elles ne nous appellent que si elles ont un doute. Après elles nous appellent très très facilement... Ya plein de fois où au final tout va bien et c'est juste pour qu'elles soient dédouanées de responsabilités. Mais en fait c'est l'activité de la salle qui a fait que voilà avant ce n'était pas pareil... On faisait moins accouchement [1/3 de moins env.] c'était pas ça. » Débora (MA)

Tout comme avec les médecins, leurs relations se basent sur la confiance.

« Je sais sur qui je peux compter et mes infirmières... Et si un jour on nous enlève les infirmières, ce sera très dur. » Delphine (MA)

« Je vois avec l'infirmière si tout est bon. De toute façon elle me demande si elle peut retirer la perf, etc... Je vois avec elle et on note l'examen de sortie, les constantes et tout ça. [...]De toute façon c'est de notre responsabilité. C'est un travail d'équipe. » Sophie (MA)

Dans leur quotidien, les sages-femmes prennent en charge des patientes dans une étape importante de leur vie. Nous ne pouvions donc pas laisser de côté ce thème important de nos entretiens.

3.2.4 Relations sages-femmes/patientes

Lors des chapitres concernant les positions et la participation des pères aux efforts expulsifs, nous avons déjà insisté sur l'importance de leurs choix pour la naissance de leur enfant. Dans nos entretiens les sages-femmes dénoncent les conséquences de l'intervention intempestive des médecins : elle influence la qualité de leur relation avec les patientes et restreint aussi l'autonomie des patientes.

« C'est une vraie course maintenant avec l'œil sur la pendule et tu t'entends dire à ta patiente « vas y faut que tu pousses fort sinon je vais appeler le médecin »... La menace ultime ! » Inès (MB)

Nous aimerions ici nous centrer sur l'autonomie des sages-femmes qui pourrait aussi être revendiquée par les femmes, ce qui ne semble pas être le cas en France. Amélie relate son expérience précédente en Angleterre car elle trouve qu'en France les patientes sont les premières victimes du manque de personnel et de l'organisation des soins.

« En Angleterre il y a énormément de choses qui ont changé quand les patientes... Les patientes et les patients se sont mobilisés pour demander à ce qu'il y ait plus de sages-femmes par patientes. Elles sont à peu près deux fois plus nombreuses que nous pour 2 fois moins de naissances en Angleterre. Tu vas pas dire... En tous cas les patientes sont négligées, et du coup, en Angleterre elles ont vraiment une relation one to one vu qu'elles sont plus nombreuses. »

Béatrice Jacques note l'importance de la demande des patientes dans les changements de protocoles médicaux « Pourtant le pouvoir médical se heurte de plus en plus à la pression de la demande sociale. Dès les années 1970, le mouvement de libération des femmes s'est particulièrement adressé à la profession de la gynécologie-obstétrique et a formulé des attentes précises en matière de contraception, de droit à l'avortement, de prise en charge relationnelle, d'accès aux nouvelles technologies (comme l'anesthésie péridurale) »⁶⁰. Elle souligne plus loin : « Mais le public n'est pas totalement soumis aux diktats de la médecine, il exprime lui aussi de nouveaux désirs, propose de nouvelles orientations en matière de santé. Toute la capacité de la profession est de pouvoir y répondre et de les intégrer dans leur pratique pour conserver leur autonomie et leur autorité. Les gynécologues obstétriciens ont bien compris que de leur adaptation aux changements sociaux dépendait la survie de la profession et de sa marge de liberté. »⁶¹

Ainsi l'autonomie est garantie par la profession elle-même, et peut être remise en question par la demande du public. Dans le cas des sages-femmes, cette demande pourrait favoriser leur autonomie, comme c'est le cas en Angleterre. D'ailleurs en France l'expérimentation des maisons de naissance a largement été soutenue par les usagers mais, pour les établissements hospitaliers, les associations ne sont pas mobilisées aux côtés des professionnels.

3.2.5 L'autonomie

L'autonomie est le thème autour duquel nous avons constitué notre guide d'entretien. Il est en arrière-plan des questions que nous avons posées. Cependant, les entretiens s'inscrivant dans un mouvement de revendications pour obtenir une plus grande autonomie, reconnue de tous à travers un changement de statut, il nous

⁶⁰ Ibidem, p. 51

⁶¹ Ibidem, p. 52

a paru pertinent de demander aux sages-femmes interrogées de définir leur autonomie et/ou de préciser leurs sentiments d'autonomie.

Les sages-femmes des 2 maternités définissent l'autonomie de la même manière. Elle est synonyme de liberté et d'indépendance d'exercice, tout en restant dans le cadre de la physiologie, et permet de prendre et d'assumer des décisions. Elle nécessite de connaître parfaitement son cadre d'exercice, ses limites, et de maîtriser tous les aspects de la profession, ce qui nécessite des mises à jour (obligation déontologique de formation). Certaines la traduisent par la possibilité de prendre en charge une patiente dans sa globalité. L'autonomie des sages-femmes est aussi dépendante de la confiance que leur accordent les médecins avec lesquels elles travaillent en partenariat.

Dans la maternité A, elles déclarent toutes travailler en grande autonomie et se disent conscientes que dans d'autres maternités ce n'est pas le cas.

« Globalement, sur le métier c'est de faire ton travail, sans interférence, ou sans qu'on vienne te dire « Pourquoi il se passe ça ? Ça c'est pas normal » et qu'on te pose la question, t'en discutes et tu justifies et puis ça s'arrête là. Mais si on me dit au bout de 30 minutes, il doit naître. ben non. Il n'y a aucun argument pour me dire qu'il doit naître. Le rythme est parfait, ça descend donc... L'autonomie elle est là. C'est qu'à partir du moment où on est formé pour diagnostiquer etc... si je diagnostique qu'il y a une difficulté ou un arrêt de progression, j'appelle, sinon je fais mon travail. C'est ça l'autonomie, c'est juste faire son travail. » Sophie (MA)

Les sages-femmes de la maternité B, comme nous l'avons vu précédemment, ressentent clairement une atteinte à leur autonomie sur cette question mais se sentent exclues de la mise en place des différents protocoles et en position difficile pour négocier. Elles dénoncent le fait que leur autonomie soit dépendante des médecins de garde : au cas par cas : *« C'est à dire que si ça descend très bien, on sait qu'on est autonome et que personne ne va venir mais si ça dure... »* (Inès MB). Ces sages-femmes souffrent de cette situation d'autant plus qu'avant, elles ne connaissaient pas de limitation des efforts expulsifs. Leur sentiment de baisse d'autonomie est alors très fort :

« C'est à dire qu'avant, il n'y avait quasiment pas de protocole, et tu discutais au cas par cas des patientes. Et on savait que notre position, enfin nos décisions elles étaient entendues et que tu appelais le médecin que si tu voulais qu'il t'aide, qu'il pose un acte. J'appelais jamais un médecin pour avoir un avis sur un rythme, l'avis je l'avais toute seule et si j'estimais qu'il fallait faire des instruments, j'appelais le

médecin pour qu'il fasse des instruments. [...]Je trouve qu'on nous enlève notre autonomie sous prétexte de... comment dire... du médico-légal si tu veux. Oui voilà et ... C'est pas pour... c'est pas...je dirais pas que c'est exercer toute seule mais c'est exercer en assumant notre responsabilité et... en faisant un travail complémentaire avec les médecins et que là c'est plus trop... C'est plus trop le cas. » Chloé (MB)

Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier, dans un ouvrage récemment publié, mettent en avant la notion de risque médico-légal qui pèse sur les sages-femmes mais également sur les médecins : « Les nouvelles formes de rationalisation du travail [...] placent sur le devant de la scène la question de la responsabilité des actes, qui a des conséquences sur les pratiques professionnelles, révélant ainsi leur caractère prudentiel »⁶².

Pour certaines, c'est lors de nos entretiens qu'elles ont pris conscience que leur autonomie était réduite :

« Je fais des choses souvent par soucis de ce qu'on va dire après sur mon partogramme. Je ne pense pas que ce soit... que ça réponde à l'autonomie, à la définition de l'autonomie et je pense que travailler dans la crainte de la critique c'est pas la même chose que de regarder la situation et de dire que dans ce contexte il faut faire comme ci, comme ça... Voilà. » Maggy (MB)

« Après si c'est des sages-femmes maintenant qui sont formatées entre guillemets, il faut qu'elles réapprennent à travailler avec cette autonomie-là. Il faut qu'elle euh... c'est pas se reformer non plus le terme est un peu trop grave on va dire mais faut vraiment qu'elles réadaptent leur façon de faire et appeler avant si ça progresse pas [...] Debora (MA)

L'autonomie dépend donc de différents facteurs, dont certains qui la contraignent.

La surcharge d'activité ne permet plus aux praticiennes de la physiologie d'accompagner leurs patientes comme elles le souhaitent. Cet accompagnement, pourtant très cher aux sages-femmes, n'est pas possible lors des gardes chargées. De même, l'installation des patientes sera précipitée si les salles de naissances sont occupées. De plus, l'autonomie des professionnels et des patientes est assujettie aux conséquences de l'analgésie péridurale. La mobilité étant affectée selon les lieux et les techniques utilisées, le positionnement des patientes peut être difficile.

⁶² Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier, *Sociologie de la naissance*, 2013, Armand Colin p124

Nous avons par contre dégagé d'autres facteurs qui eux, favorisent l'autonomie.

D'une part, les positions d'accouchement. Comme nous l'ont témoigné les sages-femmes, elles se sentent libres de positionner les patientes selon leurs désirs, le confort et la situation obstétricale. Ainsi la position gynécologique n'est plus imposée en salle de travail et les sages-femmes réorientent leurs patientes en fonction de la clinique, de l'efficacité des efforts expulsifs et de ce qu'elles connaissent le mieux.

Ce changement de pratique a été initié par les travaux de Bernadette de Gasquet, qui a formé les SF de la maternité B.

Nous avons également vu que la participation des sages-femmes à la mise en place ou au changement des protocoles était un facteur favorisant leur autonomie. Impliquées dans les recherches, elles voient leurs connaissances techniques toujours réactualisées et sont alors plus sereines dans l'analyse des situations cliniques.

L'expérience est aussi un facteur important. Une sage-femme expérimentée aura plus de facilité à analyser la situation clinique et à prendre le recul nécessaire pour gérer seule la situation.

Cependant, pour les travaux autour de la durée des efforts expulsifs comme pour ceux concernant les positions d'accouchement, on ne peut que souligner qu'ils n'émanent pas de sages-femmes

Quatrième partie

Discussion

Certains éléments ont déjà été discutés lors de la présentation de nos résultats, comme nous l'avions annoncé en introduction. Nous ne reprendrons donc ici qu'une discussion succincte sur les points forts et les limites de cette étude, et soulignerons les résultats principaux de ce mémoire.

L'objectif de notre étude était de questionner l'autonomie des sages-femmes à travers leur gestion de la durée des efforts expulsifs. Notre recherche semble répondre clairement à notre question de départ, bien que l'échantillon soit relativement faible. Nous pouvons toutefois souligner quelques limites à notre étude : La maternité B connaît actuellement un remaniement des pratiques. Les sages-femmes ayant connu une liberté dans la gestion de la durée des efforts expulsifs se retrouvent dans l'obligation de suivre un protocole, qui, nous l'avons vu, restreint leur autonomie. Néanmoins, aurions-nous trouvé les mêmes résultats si nous avions mené notre recherche dans une maternité où les sages-femmes ne connaissent que des efforts expulsifs limités à cette durée de 30 minutes ?

De plus, croiser les avis de différentes générations de sages-femmes aurait peut-être apporté un éclairage différent sur cette question. Mais il faut aussi noter que ce recrutement pour les entretiens n'est pas que le fait du hasard puisque les équipes de sages-femmes exerçant en salle de naissances sont, de ce que nous avons pu en observer, très jeunes à l'heure actuelle. Priscille Sauvegrain souligne d'ailleurs le risque de perte d'autonomie inhérent à ce changement démographique, qui permet beaucoup moins aux sages-femmes de transmettre leurs savoirs, à leurs pairs comme aux obstétriciens.⁶³

Comme dans toute étude de ce type, la neutralité est un élément important. La formation préalable en sociologie a permis d'avoir un regard particulier sur les situations vécues et observées durant les stages. Toutefois l'implication nécessaire au bon déroulement de ces stages n'a peut-être pas permis de relever tous les

⁶³ P. Sauvegrain, L'autonomie professionnelle des sages-femmes : lecture sociologique, in Sages-femmes hier et aujourd'hui, quel avenir pour demain ? La revue des sages-femmes libérales, hiver 2014, pp. 41-42.

détails, n'y étant pas officiellement comme sociologue mais comme étudiante sage-femme.

D'autre part, comme nous l'avons souligné dans la première partie, nous n'avons pas choisi la problématique de genre comme cadre théorique. Bien que la proportion des hommes sages-femmes soient encore faible, ce n'est plus le cas pour les gynécologues obstétriciens. Lors de nos stages nous avons été très souvent confrontée à des obstétriciennes et des femmes internes, notamment le chef de service de la maternité B qui est une femme. Cette question du genre, bien que très intéressante, ne nous semblait pas suffisant pour étayer nos recherches. Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier s'interrogent également sur ces changements et sur leurs conséquences : « Que se passe-t-il dans les services où se côtoient des obstétriciennes et des sages-femmes de sexe masculin et féminin, sachant que la distinction de genre était, il y a encore quelques décennies, synonyme de division du travail ? » Ils remettent en cause la distinction de genre dans la division du pouvoir : « Ainsi, la ligne de partage fondée sur les rapports sociaux de sexe subit des réajustements, voire devient poreuse ». Ce phénomène générationnel serait donc à étudier et à interroger⁶⁴.

Cette enquête basée sur des méthodes qualitatives a permis de mettre en lumière différents thèmes qui n'étaient pas directement interrogés. Ceci est un avantage de ce type d'enquête. Plusieurs éléments ont émergé concernant la relation des sages-femmes avec les médecins. Lorsque nous avons traité cet axe de recherche nous avons constaté que les relations avec les autres praticiens, travaillant également en collaboration avec les sages-femmes, n'étaient jamais évoquées. Une catégorie professionnelle n'apparaît pas dans l'analyse des entretiens, pourtant directement en rapport avec notre problématique sur la durée des efforts expulsifs : les pédiatres. En effet, la prise en charge des nouveau-nés est sous leur responsabilité, ce sont eux qui interviennent dans les réanimations néonatales aux côtés certes, mais surtout « au-dessus » des sages-femmes. Or ils ne sont jamais évoqués lorsque l'on traite des efforts expulsifs. Il semble évident que la mise en place des protocoles impactant l'état néonatal des enfants est de leur responsabilité et les évolutions sont de leur ressort. Pourtant aucune des SF ne dit : « J'appelle au bout de 30 minutes car les pédiatres nous mettent la pression si les scores d'Apgar ne sont pas bons. » Ce qui aurait pourtant été parfaitement logique.

⁶⁴ Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier, *Sociologie de la naissance*, 2013, Armand Colin p131-132

Ainsi, il s'avère que seuls les obstétriciens interviennent dans la rédaction des protocoles concernant les efforts expulsifs, ou, dans la surveillance de ceux-ci. Il est très curieux de voir se jouer cette lutte de pouvoir entre les obstétriciens et les sages-femmes sur l'état néonatal.

Danièle Carricaburu avaient décrit les rapports⁶⁵ qui pouvaient être conflictuels entre les anesthésistes et les sages-femmes, du fait de leur intervention auprès de leur patientes et « dans leur salle de naissance » au moment de la généralisation des analgésies péridurales. Or, dans nos entretiens, les relations avec les anesthésistes ne sont, elles non plus, à aucun moment abordées. La technique étant à présent adoptée dans les salles de naissances, il est sans doute logique que ce soit moins conflictuel que par le passé.

Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier abordent la question des « relations de pouvoir »⁶⁶ au sein des maternités. Ils nomment la relation entre les obstétriciens et les pédiatres « la concurrence sourde » du fait de « l'émergence du fœtus et du nouveau-né comme patient place les pédiatres dans une position de force depuis que l'action des maternités ne s'organise plus exclusivement autour de la parturiente et de la femme en suites de couches. [...] Si la dimension interventionniste demeure un atout aux mains des obstétriciens pour asseoir leur légitimité, la protection du nouveau-né et du fœtus a pris une telle importance que le pédiatre intervient légitimement... [...] »⁶⁷. Ils évoquent aussi la « coopération » entre les anesthésistes et les obstétriciens et la « délégation » des obstétriciens aux SF, qu'ils qualifient d'inégalitaires. Comme nous, les auteurs n'abordent pas le thème de la relation entre les sages-femmes et les pédiatres, ni en terme de concurrence ni en terme de coopération ni en terme de délégation. L'état néonatal, directement impacté par la durée des efforts expulsifs, serait alors un nouveau argument des médecins pour limiter l'autonomie des sages-femmes et ainsi conserver leur pouvoir, mais au lieu que ce soit les pédiatres qui s'en emparent, ce sont les obstétriciens ?

Le temps imparti pour cette première recherche ne nous a malheureusement pas permis de nous entretenir avec d'autres professionnels comme les obstétriciens ou

⁶⁵ Danièle Carricaburu, Les métiers de la santé chapitre *Les sages-femmes face à l'innovation technique*, 1994, p282-307

⁶⁶ Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier, *Sociologie de la naissance*, 2013, Armand Colin p132-135

⁶⁷ Ibidem p.132

les pédiatres. Ceci serait un axe intéressant à explorer dans un travail de recherche ultérieur, pour croiser les regards et faire émerger, sans doute, de nouvelles questions.

Enfin, nous ne pouvions pas clore ce mémoire sans parler du mouvement actuel de la profession. L'autonomie est au cœur des revendications quel que soit le groupe auquel se rallie les sages-femmes, puisque nous pouvons voir émerger 2 courants en ce qui concerne le statut des hospitalières : d'un côté, les sages-femmes syndiquées auprès de grandes centrales qui revendiquent un statut médical tout en restant dans la fonction hospitalière, ce qui semble acté par les propos de l'actuelle ministre de la santé Marisol Touraine⁶⁸. Et de l'autre, un collectif regroupant une centrale syndicale, un syndicat professionnel et d'autres associations⁶⁹ qui désirent sortir de la fonction publique hospitalière (FPH), et intégrer le titre 2 pour rejoindre les autres professions médicales en France (médecins, dentistes, pharmaciens). La profession de sage-femme est régie par différents codes dont le code de déontologie. L'article 7⁷⁰ précise que « la sage-femme ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit ». L'article 48⁷¹ concernant les sages-femmes salariées mentionne : « Le fait pour une sage-femme d'être liée dans un exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et, en particulier, à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel. En aucune circonstance, la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patientes et des nouveau-nés. » Jean-Marie Clément publiait en décembre 1996 une étude concernant les statuts professionnels des sages-femmes. Il stipule que l'indépendance professionnelle des médecins figure, bien évidemment, dans leur code de déontologie « Mais la différence statutaire entre ces deux professions

⁶⁸ Intervention de Marisol Touraine Ministre des affaires sociales et de la santé Conférence de presse «sages-femmes» Mardi 4 mars 2014

⁶⁹ Le collectif regroupe la CFTC, L'ONSSF (organisation nationale syndicale des sages-femmes) l'ANESF (l'association nationale des étudiant sage-femme), la CNEMA (conférence nationale des enseignants en Maïeutique) le CNSF, l'association nationale des sages-femmes cadres

⁷⁰ Code de déontologie des Sages-femmes article R4127-307

⁷¹ Code de déontologie des sages-femmes article R4127-348

médicales provient du fait que l'une, celle des médecins relève d'un statut d'agent public qui, parce qu'extérieur au statut des fonctionnaires veut sauvegarder l'indépendance professionnelle des médecins ; alors que l'autre, celle relative aux sages-femmes relève du statut des fonctionnaires dont les principes contredisent ce souci d'indépendance. » ⁷²

Il ne s'agit pas ici d'alimenter la polémique autour de cette question très sensible mais de voir comment de nombreuses sages-femmes interrogées envisagent le développement de leur autonomie. Il est intéressant de noter également que le mouvement de grève est largement suivi dans la maternité où l'autonomie ressentie dans les pratiques est la plus importante, la maternité A. La maternité B, aux prises avec des changements d'organisation récents, souffre d'un manque de cohésion et la grève n'est pas réellement suivie.

Pour certaines, seul le statut médical sera le garant de leur autonomie, leur permettant de gérer notamment des unités physiologiques et de s'affranchir de la tutelle des médecins :

« [...]C'est fondamental et d'une parce que on serait indépendantes réellement dans la structure et puis bah voilà, tu fais de la recherche, tu fais vivre la maïeutique, qui pour l'instant, est toute naissante. Tu la fais vivre, t'as un temps de recherche si tu le veux, si tu veux pas, tu ne le fais pas mais t'as aussi pleins d'autres missions à côté. Tu peux aller donner des cours, faire de l'enseignement et de l'éducation dans les collèges, lycées etc ... [...] » Sophie (MA)

Ces points soulevés par Sophie sont essentiels si l'on se place sous l'angle de la notion d'autonomie centrale à la définition même des professions, comme nous l'avons exposé en première partie, puisque l'on peut noter que :

- Ni les changements quant à la durée des efforts expulsifs
- Ni ceux traitant des positions d'accouchement

ne sont produits par des sages-femmes, alors qu'ils touchent à la physiologie.

Il faut donc que la profession, pour défendre l'autonomie qu'elle revendique, s'investisse plus avant dans la recherche. Au fond, l'absence de systématisation des protocoles permet l'autonomie des professionnels mais, la tendance actuelle étant à

⁷² Jean-Marie Clément, Rétrospective et évolution des statuts professionnel des sages-femmes, Cahiers Hospitaliers n° 119, décembre 1996, p. 9

la généralisation des pratiques normées, il s'agit de participer aux recherches qui sous-tendent les recommandations de pratiques cliniques et les protocoles.

L'autonomie des sages-femmes, est comme nous l'avons exposé dans la première partie, une autonomie restreinte, sous l'autorité des médecins. Mais elle est aussi restreinte par la structure dans laquelle elles exercent (contraintes organisationnelles par exemple). La direction donnée par le chef de service influence les relations entre les médecins et les sages-femmes de son équipe, et des variations individuelles sont aussi observées.. L'autonomie des sages-femmes est donc bien dépendante de cette hiérarchie dont elles veulent se détacher aujourd'hui, tout en restant dans leur champ de compétences tel qu'il est défini (aucune des sages-femmes interrogées n'a exprimé la volonté de prendre en charge seule des situations pathologiques).⁷³

⁷³ A l'heure où nous terminons ce mémoire aucun consensus n'a été trouvé et la grève continue à l'appel du collectif qui n'est pas satisfait des propositions de la ministre de la santé.

Conclusion

Notre étude a permis de répondre à la problématique grâce aux observations, autorisée par l'immersion sur le terrain et aux entretiens menés. Nous pouvons donc conclure que les sages-femmes de la maternité A mesurent leur autonomie, luttent pour l'exercer au quotidien en se basant sur des preuves scientifiques car elles sont convaincues que leur bagage de connaissances est le seul moyen de la conserver. La transmission de leurs savoirs est réelle et elles invitent les plus jeunes à participer activement à la mise en place des protocoles et aux études concernant leurs pratiques. Elles communiquent sur leur champ de compétence en permanence.

A l'inverse, les sages-femmes de la maternité B souffrent d'une diminution de leur autonomie sans pour autant l'exprimer clairement aux médecins qui les entourent. Elles subissent les règles imposées par la hiérarchie mais ne communiquent pas sur leurs difficultés. De même, elles sont conscientes que les jeunes diplômées respectent les protocoles à la lettre mais n'ouvrent pas la discussion sur leurs pratiques et leurs stratégies pour tenter de gagner un peu plus d'autonomie. Nous espérons que cette recherche pourra permettre à certaines équipes de revendiquer des changements dans leurs pratiques.

Tant que l'organisation du travail sera définie autour du principe « de risque obstétrical » l'autonomie tant réclamée par les sages-femmes sera difficile à imposer. La problématique des « maisons des naissances » ou d'unité physiologique gérées par les sages-femmes en est le symbole fort. L'importance du risque médico légal est un des facteurs, et la problématique autour du partage du pouvoir exposée par des travaux de sociologues en est un autre.

Une refonte profonde des études de sages-femmes est aussi d'actualité puisque nous ne parlerons plus de diplôme d'Etat de sages-femmes mais de master de maïeutique dès l'an prochain et que l'organisation des études est en plein remaniement. Est-ce que cela permettra la production de travaux et une augmentation de l'autonomie ? Un allongement de la durée des études et la possibilité d'un doctorat en maïeutique est une possibilité envisagée par la profession. La liberté des femmes à travers le monde passe par l'éducation, il semblerait que l'autonomie des sages-femmes passe notamment par l'accès à la

recherche pour faire valoir leurs connaissances au même titre que les professions médicales clairement reconnues comme telles par l'institution étatique.

Bibliographie

ABENSUR L, CHEVALIER D. *La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement*. La Revue Sage-Femme. décembre 2008;7(6):333- 341.

BARASINSKY C. *Sages-femmes : quelle adéquation entre pratiques et compétences ?* [Internet]. 3 déc 2010 [cité 18 oct 2012]; Disponible sur: <https://frodon-biusante.parisdescartes.fr/http/www.em-premium.com/article/274828/resultatrecherche/1>

BLONDEL B, LELONG N, KERMARREC M, GOFFINET F. *La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2012;41(2):151- 166.

AKRICH Madeleine, PASVEER Bernike, *Comment la naissance vient aux femmes*, Paris, Mire-Synthélabo, Les empêcheurs de tourner en rond, 1996

ARBORIO Anne-Marie, FOURNIER Pierre, *L'enquête et ses méthodes : L'observation directe*, Armand Colin, 2010, 224 p.

CARRICABURU, Danièle. *La profession de sage-femme : une autonomie en question*, Sociologie des professions de santé, Edition de l'Espace Européen, 1990, 364 p.

CARRICABURU Danièle (2005), « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail* n° 47, Elsevier, pp. 245-262.

CARRICABURU Danièle, MENORET Marie, *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004

CHARRIER Philippe, CLAVANDIER Gaëlle, *Sociologie de la naissance*. Paris Armand Colin, 2013, 268 p.

CLEMENT Jean-Marie, *Rétrospective et évolution des statuts professionnels des sages-femmes*, Cahiers Hospitaliers n°119, décembre 1996,

DUBAR Claude, TRIPIER Pierre. *Sociologie des professions*, Collection U, Armand Colin, 1998,

GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988

JACQUES Béatrice *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF/ Le Monde, 2007

LE RAY Camille, AUDIBERT.F, *Durée des efforts expulsifs : données de la littérature*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008, 37, 325—328

LE RAY Camille, WINER. N, DREYFUS M., AUDIBERT. F, GOFFINET. F : *État néonatal et durée des efforts expulsifs chez les primipares à bas risque : données observationnelles dans 138 maternités françaises*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 39, 2010, 297—304

MENEZ-ORIEUX C, LINET T, PHILIPPE H-J, BOOG G. *Poussée retardée versus poussée immédiate lors de la seconde phase du travail chez les nullipares sous anesthésie péridurale*. 9 mars 2008 [cité 27 nov 2012];

Disponible sur: <https://frodon.univ-paris5.fr/http/www.em-premium.com/article/115392/resultatrecherche/10>

SAUVEGRAIN Priscille,. *Pourquoi la profession de sage-femme n'en est-elle pas une, au sens sociologique du terme ?* Les entretiens de Bichat, : Le 13 septembre 2012, 9 p.

SAUVEGRAIN, Priscille. *Différences de traitement et traitements différentiels Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*,. Thèse de Sociologie, Université Paris Diderot (Paris VII), 2 juillet 2010, 366 p.

SCHAAL. J-P, DREYFUS. M, BRETELLE. F, CARBONNE. B, DUPUIS. O, FOULHY.C, GOFFINET.F, HOUFFLIN-DEBARGE. V, LANGER. B , MARTIN.A, MERCIER. C, MIGNON. A, POULAIN. P, SIMON. A, TEURNIER. F, VERSPYCK. E, RIETHMULLER. D, HOFFMANN. P, PIERRE. F: *Durée des efforts expulsifs : Pousser n'est pas jouer. Réponse à l'article de Camille Le Ray* in La revue des sages-femmes Vol 8 N°1, 2009 pp44-52

SCHMITZ T, MEUNIER E. *Mesures à prendre pendant le travail pour réduire le nombre d'extractions instrumentales*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. décembre 2008; 37(8) pp179- S187.

SCHWEYER François-Xavier, *La profession sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste*, In Sciences sociales et santé. 1996, Volume 14, n°3.

STRAUSS Anselm. *La trame de négociation*. Paris : L'Harmattan, 1992,

ZANARDI-BAILLON M. *Ventouse, forceps : instruments de sage-femme ?*
<https://frodon-biusante.parisdescartes.fr:443/http/www.em-premium.com/data/revues/16374088/00030004/185/> [Internet]. 18 févr 2008 [cité 18 oct 2012]; Disponible sur: <https://frodon-biusante.parisdescartes.fr/http/www.em-premium.com/article/84861/resultatrecherche/14>

Annexes

Annexe I : Organisation des deux maternités

I. La maternité A

La maternité A, maternité de type 3 de la région parisienne compte une quarantaine de sages-femmes, et réalisent environ 2800 accouchements par an 22% de césariennes, 82% d'accouchement sous analgésie péridurale.

L'organisation de la salle de naissance comporte :

- 1 salle dédiée aux urgences obstétricales (les sages femmes accueillent les grossesses de plus de 28 semaines d'aménorrhées) + 2 salles d'examens gynécologiques
- 6 salles de naissances

L'équipe de garde se compose ainsi :

- Le jour :
 - 2 sages-femmes en salle de naissance et une sage-femme aux urgences
 - 2 infirmières
 - 1 auxiliaire de puériculture
- La nuit :
 - 3 sages-femmes en salle de naissance
 - 2 infirmières
 - 1 auxiliaire de puériculture

II. La maternité B

La maternité B est une maternité parisienne de type 1 qui réalise 2500 accouchements par an mais qui a vu le nombre d'inscriptions et le nombre de naissances très augmenté depuis les deux dernières années. Le taux de péridurale est autour de 79% et le taux de césarienne aux environs de 14%. Cet établissement n'accueille que les grossesses sans pathologie ce qui peut expliquer cet écart du nombre de césarienne. En cas de pathologie maternelle et/ou fœtale avérée, les patientes sont transférées dans un hôpital de type 3, équipé pour la surveillance de ces pathologies, ayant les moyens matériels (unité de réanimation maternelle et/ou néonatale) et physiques (obstétriciens, pédiatre, anesthésistes sur place). Les

patientes de cet établissement n'ont donc pas le même profil que les celles accouchant dans la maternité A.

L'organisation de la salle de naissance comporte :

- 1 salle avec 2 lits d'examens d'urgences obstétrique + 2 salles d'examens gynécologiques
- 8 salles de naissances

L'équipe de garde se compose ainsi :

- Le jour :
 - 3 sages-femmes en salle de naissance (pas de sage-femme attitrée pour les urgences)
 - 1 infirmière au bloc + 1 infirmière en salle
 - 1 auxiliaire de puériculture
- La nuit :
 - 3 sages-femmes en salle de naissance
 - 1 infirmière
 - 1 auxiliaire de puériculture

Annexe II : Guide d'entretien

1) La première question permet de recueillir les données concernant les données socio-professionnelles :

- Sexe
- Age :
- Diplôme
 - o Année
 - o Lieu d'étude
- Trajectoires professionnelles
- Trajectoires personnelles

2) Voici une série de questions concernant les efforts expulsifs :

- Quand est-ce que vous vous installez ?
- Pourquoi ?
- Comment ? (Position)
- Combien de temps faites-vous pousser et pourquoi ?
- La participation du père aux efforts expulsifs : Quand pensez-vous? Le faites-vous?

3) Existe-t-il un protocole de service vis à vis de cette question ? (Quand est-ce que vous appelez l'interne, le chef de garde ?)

4) Les différentes pratiques :

- Pratique de l'épisiotomie :
- La délivrance ?
- Le peau à peau ?
- L'examen du nouveau-né (quand ? comment ?)
- La mise au sein
- La surveillance du post-partum
- La sortie de la salle

5) Quels sont les protocoles et/ou les habitudes de services vis à vis de toutes ces pratiques ?

6) Focus sur les efforts expulsifs : Est-ce que vous savez qu'ailleurs on accorde plus /moins de temps concernant les efforts expulsifs ? Qu'en pensez-vous?

7) Qu'est-ce que l'autonomie pour vous ? Vous sentez vous autonome dans cette pratique ? Est-ce que l'intervention du chef/interne au bout de 30 minutes n'est pas une attaque à votre autonomie ? Et dans vos pratiques quotidiennes de sages-femmes ?

8) Qu'est-ce que vous pensez du mouvement actuel de la profession? Est-ce qu'un changement de statut pourrais accroître votre autonomie ?

9) Question ouverte : Qu'avez-vous à rajouter ?

Annexe III : Entretien Delphine (Maternité A)

1) Question Socio –Pro

J'ai 26 ans, je suis diplômée de (région parisienne) en 2010 et j'ai travaillé directement à (Maternité A). J'avais fait pas mal de stage avant et donc à ce moment-là, on avait la chance d'avoir des postes directs.

2) Nous allons à présent parler des efforts expulsifs.

- Quand et comment tu t'installes ?

Alors uniquement quand le rythme est bien. Chez une primi j'ai tendance à me laisser 2 heures de complète sans problème, à moins d'une présentation engagée partie moyenne, une patiente qui a envie de pousser, ou qu'il y a des efforts expulsifs hyper efficaces lorsque je fais un essai. En général je fais un essai au bout d'une heure de dilatation complète selon la hauteur de l'engagement. Après, alors ici on peut se laisser jusqu'à 3 heures c'est vrai que si au bout de deux heures la présentation n'est toujours pas engagée, on peut introduire du synto s'il n'y en avait pas avant et euh... sans synto on ne se laisse pas plus de deux heures mais si on est obligé d'intervenir on se donne une heure de plus. Donc voilà, maximum trois heures après. Et sur les multis c'est pareil c'est deux heures au max. Tout est deux heures max en dehors de pathologie, en dehors d'anomalie du rythme, d'un liquide méconial isolé enfin voilà, euh après, dans la pratique, chez la multipare on sait que, en général, à moins d'une présentation pas du tout engagée mais dès que la présentation est engagée, on va s'installer en tout cas.

- Dans quelle position tu installes tes patientes ?

Ben ici on utilise beaucoup beaucoup les cale-pieds parce que ça me permet de faire de l'asynclitisme, de pouvoir rebaisser les jambes et de ne pas les laisser vraiment dans une position gynécologique stricte. On n'utilise quasiment jamais les étriers sauf sur demande du gynéco en cas d'intervention. C'est vrai que je ne suis pas à l'aise, je ne suis plus à l'aise en position gynécologique. Après faut savoir que dans la dernière année d'exercice là, j'ai appris à faire un peu plus sur le côté, j'ai fais quelques quatre pattes ou debout mais c'est vraiment quand je sais... pour les multipares, sans péri qui sentent d'elles-mêmes je dirais. Je crois, j'ai l'impression

que quand on essaie d'imposer de toute façon ben voilà... Et puis c'est des positions où finalement, on ne fait pas grand-chose sur l'accouchement. On les accompagne plus. C'est plus de l'accompagnement de la patiente sans péri donc moi je la laisse faire. Mais moi j'aime bien les accouchements dans le lit de façon générale (rire).

- Combien de temps tu fais pousser ?

Oh bah c'est très variable. Je dirais que le maximum sans anomalie du rythme ça peut aller jusqu'à une heure. Après c'est vrai que si au bout d'une demie heure, je vois que ça ne progresse pas du tout, je vais commencer à parler du médecin à la patiente et puis je vais me laisser... 10 minutes de plus, aller 40 minutes si je vois que ça ne progresse pas du tout. Mais je pense que c'est vraiment... il faut réfléchir en terme d'efforts expulsifs efficaces ou pas. Après c'est vrai que sur la primi, je vais attendre. Si au bout d'une demie heure elle pousse toujours pas, je vais quand même lui donner les 10 minutes de plus, 40 minutes en gros si ça n'a pas bougé hein. Mais il n'y a rien d'imposé. Le tout c'est de ne pas prendre de risque.

- Tu fais participer le père aux efforts expulsifs ?

Oui ben pour la position de poussée et puis pour l'encourager après c'est pas systématique, c'est pas un truc que j'ai l'habitude de faire. Je pense que chaque couple est différent il y a des papas qui sont parfois même un peu intrusif dans les efforts expulsifs mais bon je pense que c'est des couples qui en général fonctionnent comme ça, les femmes, on les laisse gérer leur mari. Mais bon, je ne suggère pas plus que ça. Je suggère une aide quand ils sont un peu investit mais pas plus.

- Il y a un protocole ici sur le temps accordé aux efforts expulsifs ?

C'est pas noté noir sur blanc quelque part. On a fait des staffs et on a montré qu'il n'y avait pas de... enfin en dehors d'anomalie du rythme, qu'il n'y avait pas de conséquences sur le pH à laisser pousser entre 40 minutes et une heure donc on fait comme ça. Avant les staffs c'était pas non plus écrit sur le protocole. Je ne l'ai jamais vu écrit noir sur blanc parce qu'on a pas de protocole pour tout ce qui est physiologique, pour le moment, ça va venir... Mais c'est... c'est empirique quoi, depuis l'école de sage-femme c'est entré dans notre esprit, au bout de 30 minutes il faut appeler. Ici, la seule restriction c'est sur les utérus cicatriciel ou au bout de 30 minutes, il faut appeler. Mais bon même si à l'école on est bien formater à ça, dans ma promo il y a avait des filles qui avait fait des mémoires sur la durée des efforts

expulsifs, l'interprétation du rythme à ce moment-là, l'impact sur l'état néonatal, le pH et j'étais convaincu que effectivement, cette limite à 30 minutes, c'était quelque chose qui venait peut-être de traditions anciennes des obstétriciens, qui voulaient que ça aille vite mais, je parle dans la physiologie, 30 minutes ça peut, en tout cas pour une primi, c'est sévère.

- Tu sais qu'ailleurs c'est encore le cas ? Tu en penses quoi ?

Oui oui je sais. Ben je pense que, alors après moi je travaille dans une maternité qui se veut proche de la physiologie et que l'activité ne le permet pas toujours et que malheureusement, même si j'ai l'impression de travailler dans une maternité à haut rendement, on est pas les plus à plaindre. Donc 5000, 6000 naissances, je pense qu'effectivement on ne peut pas se permettre de faire pousser plus d'une heure. C'est une autre gestion aussi de la salle d'accouchement. Après les filles qui font ça de façon systématique, bah c'est dommage et je pense qu'il y a encore des gens qui travaillent sans trop remettre en question leur pratique, parce qu'ils ont un certain âge parce que c'est par confort, parce que c'est moins difficile de se poser moins de question aussi. Ça me révolte pas, après, j'ai pas envie d'être à la place de la patiente. Après, si j'étais à la place de la patiente, je demanderais des minutes supplémentaires (rire).

- Je vais à présent te poser des questions vis à vis des différentes pratiques autour des efforts expulsifs ?
- L'épisiotomie ?

Alors moi je ne fais pas partie des sages-femmes qui disent « jamais, jamais, jamais d'épisiotomie ». Clairement parfois au bout de 40 minutes, 45 minutes, je sais que ce qui bloque c'est le périnée et que si j'appelle le médecin il va me demander de faire l'épisisio en premier lieu, et c'est vrai qu'une petite épisisio est peut-être moins sévère qu'un instrument quand le bébé est au petit couronnement. Après, je pense qu'effectivement, l'épisiotomie c'est quand même beaucoup plus délétère sur le périnée qu'une déchirure donc ça vaut le coup de se donner du mal, ça vaut le coup même de suturer une déchirure vaginale qui va super bien cicatriser. Euh je le fais de moins en moins, la vraie indication qu'on a gardé ici c'était les anomalies du rythme. Et après, on essaie de le faire le moins souvent possible. Moi j'avais appris de ne pas le faire en systématique et je crois que c'est ce qui se pratique le plus maintenant et, voir même de toute façon ça ne protège pas des lésions du troisième

degré. Après il y a des moments où on ne sait pas trop quoi faire d'autre. Quand t'as tout essayé... Mais ça reste rare.

- Le peau à peau ?

Euh bah nous on le fait quasiment en systématique. Je crois qu'il n'y a pas de contre-indication, jamais. Tant qu'il y a une surveillance adéquate et puis qu'il n'y a pas une angoisse par rapport au bébé voilà. Après c'est pareil, si on voulait une maternité le plus physio possible, on ferait vraiment beaucoup de peau à peau, dans la plupart du temps ici on a pas le temps de retourner voir les dames... je crois qu'il faut dire la vérité, les aides-soignants ou les auxiliaires de puériculture, elles n'ont pas le temps de retourner faire la surveillance adéquate et du coup les bébés, une fois qu'ils ont fait un peu de peau à peau et s'ils ont pas manger, on va les mettre sur la table chauffante et puis on va attendre et puis voilà. Mais on est tout à fait pour. Moi j'ai fait mon mémoire sur la douleur du nouveau-né en salle de naissance, pour le peau à peau, et les techniques non médicamenteuses contre la douleur, le peau à peau en fait partie donc bon.

- L'examen du nouveau-né ? tu le fais quand et comment ?

Quand je suis prête. Quand je peux je fais juste après la naissance, je le fais pour une question d'organisation. Et après, si je sais que l'activité me le permet, au bout d'une à deux heures pour avoir des stades d'éveils un peu différents et puis il y a les parents, c'est plus sympa pour eux, qu'ils atterrissent. Près je ne sais pas, je ne pense pas que ça change grand-chose en terme d'expertise médicale.

- Les mises au sein ?

J'aimerais m'en occuper mais j'ai pas le temps. Ça doit m'arriver une fois par mois de faire une mise au sein en salle.

- La surveillance du post partum ?

J'y retourne, j'essaie s'y aller au moins une fois dans les deux heures. Et je sais qu'il faudrait faire plus mais... Je sais sur qui je peux compter et mes infirmières... Et si un jour on nous enlève les infirmières, ce sera très dur.

- Il y a des protocoles autour de ces questions ?

Non... Parce que ça reste... c'est encore de la physiologie. Bon après il y a plusieurs écoles hein. Il y a ceux qui disent qu'avoir un protocole c'est s'enfermer dans des pratiques et ne pas réfléchir et moi lors de mes études, on m'a toujours dit, que c'était la maternité à plus protocolaire d'île de France, et que les protocoles, les règles c'est fait pour être enfreint donc... C'est juste un peu pour limiter les abus et justement les pratiques un peu empirique comme nous avec le synto ou on a découvert en regardant les partogrammes qu'il y en avait qui en mettait comme ça sans explications parce que c'était à complète et qu'il fallait que la présentation s'engage alors qu'il n'y avait pas de raison. Je pense que ça a fait vraiment jaser quand on a fait un protocole sur le synto ici, moi j'ai fait partie de l'équipe qui s'y est intéressée et ça a été pris comme une façon de tout contrôler alors qu'au final non. On reste quand même libre et je pense qu'au final tout le monde a réfléchi sur ses pratiques et ça nous a permis d'améliorer et d'aller dans le même sens et de dire « dans la santé des patientes... C'est toujours la balance bénéfices-risques donc la c'est pareil je pense que savoir ce qui est vraiment physiologique et ne pas succomber, enfin dans la mesure du possible sauf quand on a une activité débordante, à l'envie d'accélérer les choses et d'être un peu... d'être iatrogène, je trouve que c'est pas, ça manque peut-être de... discernement.

- Qu'est-ce que c'est pour toi l'autonomie ?

C'est d'avoir des connaissances nécessaires pour faire des diagnostics et les diagnostics différentiels pour... parce qu'on peut pas être l'experte de la physiologie sans connaître la pathologie donc pour moi c'est ça être autonome. C'est maîtriser un peu tous les aspects de notre profession et être capable de les coordonner quand on arrive aux limites de ses compétences. Voilà.

- Est-ce que tu te sens autonome dans ta profession ?

Oui je me sens assez autonome dans la gestion des efforts expulsifs. Mais c'est pas quelque chose qui m'est tombée comme ça avec le diplôme hein. Ça prend un certain temps. Et j'ai encore beaucoup à apprendre. Mais je pense que la formation nous permet quand même d'être autonome et d'avoir une bonne réflexion, en tous cas, sur notre façon de travailler. Et pas se mettre en danger, parce que je pense que quand on est jeune sage-femme, c'est normal d'appeler, c'est normal de... de jauger justement ce qu'on arrive à faire seul et de la prise de risque parce qu'on

prend jamais vraiment de risque et heureusement. Donc... oui je pense être autonome par rapport à ça.

- Est-ce que l'intervention d'un médecin au bout de 30 minutes ou si on revenait à cette limite ce serait une atteinte à ton autonomie ?

Ah bah oui... clairement oui. Puisque si ça reste physiologique et que... Enfin encore une fois voilà si la sage-femme est autonome et qu'elle n'a pas appelé, c'est qu'elle ne le juge pas nécessaire.

- Est-ce que tu te sens autonome dans toutes tes pratiques de sage-femme ?

Oui... parfois je dirais même trop. Le problème d'un niveau 3 c'est la gestion de la pathologie maternelle, de l'enfant, il y a tout le versant pédiatrique et l'autonomie ça veut tout et rien dire ici. C'est aussi quand ça arrange tout le monde. D'où l'intérêt de faire reconnaître notre statut et d'avoir une voix qui soit entendue par le ministère.

- Et pour toi, le statut PH ce serait un pas de plus vers l'autonomie ?

Je ne sais pas si je crois vraiment au statut de praticien hospitalier pour la sage-femme, je crois surtout qu'il faut une reconnaissance du statut médical, des études et de... du fait qu'on est un corps de métier indépendant des médecins, il y a une hiérarchie parce qu'on est complémentaire dans notre travail, mais on ne devrait pas être... Enfin il y a vraiment un rapport d'exécutant avec le médecin qui n'est pas tel qu'on nous l'enseigne à l'école. Alors soit c'est une grosse intox mais je ne pense pas, mais je trouve que... c'est un peu le fourre-tout pour nous donner un max de responsabilités et puis finalement on nage un peu... Etre autonome est ce que ça veut dire essayer de se faciliter la tâche pour terminer sa journée puisque l'intérêt pour une sage-femme c'est de rentrer satisfaite et de se dire que ses patientes sont bien prises en charge et le problème c'est que, à trop bien connaître la pathologie, on finit par la gérer et puis le jour où on fait grève on s'entend dire qu'on fait plus rien. Bah ouais (rire) effectivement... la pathologie c'est aussi notre quotidien. Et ouais on est autonome mais c'est pas bien délimité. Il faudrait qu'il y ait des limites bien déterminées et que ce ne soit pas que dans les textes mais que ce soit vraiment acté dans la pratique, et pas en fonction de tel ou tel chef de service. C'est une collaboration en fait entre deux corps de métier. C'est pas ça y est on passe au dessus mais c'est pas pour demain.

- As-tu des choses à ajouter ?

Non je pense que je me suis suffisamment épanchée en sortant de cette garde de nuit très chargée (rire)

Annexe IV : Entretien Amélie (Maternité B)

1) Question Socio –Pro

J'ai 31 ans je suis diplômée de 2007 de l'école de (province). J'ai bossé 9 mois dans une clinique privée Parisienne du 17^{ème} qui s'appelle XXX et après j'ai fais de l'intérim pendant à peu près 6 mois je pense et au cours de mes missions d'intérim, je suis venue ici et en fait je me suis posée. Ça m'a bien plu et je suis restée. Je suis en couple et je suis enceinte de mon premier enfant.

2) Nous allons à présent parler des efforts expulsifs.

- Quand et pourquoi tu t'installes ?

Ça veut dire au bout de combien de temps de dilatation quand tout va bien tu veux dire?

- Oui exactement ?

Au bout de deux heures. C'est un peu « protocolé » chez nous hein c'est pour ça... c'est vrai je pense, je dirais que... je t'avoue que j'ai pas vu le protocole de mes yeux, euh mais nous on a pour indication de s'installer au bout de deux heures. Deux heures de dilatation complète parce que... d'autant que... quand les femmes sont sous péridurale pour leur permettre... Pour permettre au bébé de descendre et qu'elles puissent sentir un peu les choses, de mieux sentir les choses Après quand elles ont pas de péridurale, ben ça ça dépend de comment elles sentent les choses. C'est pas forcément deux heures après.

- Le maximum que tu te fixes c'est deux heures ?

Oui oui... en essayant de les faire changer de position pour que ça descende.

- Tu t'installes dans quelle position préférentiellement ?

En général, en général il y a une position que j'aime bien. C'est une sorte de mi assis avec un arceau. Je ne sais pas si tu vois ce que c'est ? Et comme ça les patientes elles essayent comme ça et si elles aiment pas, elles peuvent se mettre sur le côté. On peut utiliser l'arceau sur le côté. Puis après ça dépend aussi de la variété, si c'est une variété postérieure on va se mettre peut être plus facilement à quatre pattes dès le départ. Après s'il n'y a pas de péri, alors là, je... il n'y a aucune position... Enfin c'est elle qui verra comment elle sera mieux. Je m'adapte quoi.

- Et tu fais pousser combien de temps ?

Officiellement une demi-heure. En général je prends un quart d'heure d'essai et euh... au bout d'une heure et demie euh d'une demi-heure je l'installe en gynéco et 5 minutes après je préviens le médecin. En principe enfin si le rythme est parfait peut être 30, 35 minutes plus le quart d'heure d'essai avant. Donc c'est plutôt plus quoi. Je dirais en gros 45 minutes. Donc en fait officiellement c'est 30 minutes et officieusement c'est plutôt 45. En Angleterre c'était une heure. J'ai bossé en Angleterre j'ai oublié de te dire. Là-bas c'est une heure et euh quand le rythme est bon on peut gagner jusqu'à une demi-heure de plus avec l'accord du médecin donc c'est vrai que quand je ne suis pas du tout stressée sur le temps de poussée.

- Est ce que tu fais participer le père aux efforts expulsifs ?

Euh... Bah ça dépend de la préparation qu'ils ont eue... Il y a certain couple qui ont fait des préparations à l'hapto et là le papa s'installe derrière la future maman d'office. Sinon souvent oui je les fais participer pour qu'ils aident à maintenir la patiente donc si elle est mi-assise c'est de l'aider à maintenir sa nuque, si... si elle n'a pas de péridurale ça peut être une espèce d'accroupie où lui est derrière pour la maintenir. Oui en général, j'essaie de l'impliquer quand même. Pour qu'elle se sente soutenue.

- Est ce qu'il y a des protocoles sur ces questions ?

Sur le temps de poussée oui je te dis, je ne l'ai pas vu, je l'ai pas non plus rechercher personnellement mais je suis quasiment... je pense qu'il y a un protocole de service la dessus oui.

- Je vais à présent te poser des question vis à vis des différentes pratiques autour des efforts expulsifs ?
- L'épisiotomie ?

Uniquement pour souffrance fœtale. Quasiment uniquement. Et encore ça dépend de quel type d'anomalie de rythme pardon. Euh et du coup c'est très très rare parce que finalement je trouve que c'est assez exceptionnel que ce soit simultanée, que la tête soit déjà bien appliquée sur le périnée et que souvent c'est trop précoce donc dans ces cas là c'est rare.

- La délivrance ?

C'est des dirigées systématique. Qu'elles aient une péri ou non c'est une délivrance dirigée systématique. Mais en générale je suis active... Quand elles ont pas de péri en général c'est plutôt elles qui vont pousser et si elles en ont une, je vais plutôt faire une... enfin elles ont une délivrance où je vais être active, assez facilement c'est vrai.

- Le peau à peau ?

Systématique aussi. Sauf s'il y a une contre-indication si je dois m'occuper du bébé vite mais sinon en général c'est une heure et demie et on fait les soins groupés à la fin.

- Et justement l'examen du nouveau-né ?

Bah au bout d'une heure et demie. Mais ici on fait un examen succinct. C'est à dire... il y a un protocole aussi la dessus. On fait pas les hanches, normalement on prend pas de température anale mais on vérifie juste qu'il y a un anus extérieur après il faut voir s'il y a une émission de méconium et tout ça, tout doit être noté. Mais on fait effectivement un examen très succinct, on regarde le palais, on regarde les choses mais rapidement quoi. On fait pas faire le moro, ni la marche ni tout ça quoi.

- La mise au sein ?

Quand j'ai le temps ce qui n'est pas si fréquent. Mais j'essaye au maximum de faire un maximum une mise au sein quand même. Si j'ai pas le temps je demande à une aide-soignante de le faire... mais comme t'as vu on un service, une activité de malade mentale (rire) donc les mises au sein je pense que c'est pas hyper fréquent qu'elles soient faites hein. J'essaie un maximum. Parce que le problème c'est que juste après la naissance ils sont pas prêts et que l'idéal c'est une demi-heure après mais c'est juste là où tu commences à faire tes papiers donc c'est là où tu laisses les gens quoi.

- La surveillance du post-partum ?

(Rire) Je pense que je la fais toutes les demi-heures, trois quarts d'heures. Après ça dépend de ce que j'ai eu au moment de la naissance comme examen quand même. En fait j'adapte vraiment à ce qui s'est passé au moment de la naissance. Si elle saigne un petit peu plus que la normale, que j'ai un utérus un petit peu moins tonique que d'habitude, je vais y aller toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heures. Si

tout s'est super bien passé et qu'elle a un utérus tonique je vais vite passer à la demi-heure trois quarts d'heure quoi. Je laisse des consignes aux gens, entre les aides-soignants, les infirmières et l'équipe quoi et si j'ai un doute j'y vais moi mais c'est pas pour toutes les patientes.

- Tu t'occupes de préparer la patiente avant qu'elle remonte ?

Quand c'est possible oui. Oui.

- Il y a des protocoles sur ces questions ?

Honnêtement je ne pourrais pas te dire. Le seul protocole que j'ai c'est celui de l'école de sage-femme où nous on le faisais tous les quarts d'heures 20 minutes en général. Mais j'ai pas vérifié les protocoles. Donc j'en sais rien.

- On va revenir sur les efforts expulsifs. Tu as travaillé en Angleterre donc tu sais qu'ailleurs on accorde plus ou moins de temps aux efforts expulsifs. Mais en France aussi. Qu'est-ce que tu en penses ?

Pas limité du tout ?

- Disons qu'il y a des endroits avec une très grande tolérance.

Ah ben non je ne savais pas. Ah bah c'est cool. C'est où c'est où ?

Ah ben ça c'est bon à savoir. Ben je pense qu'il y a un moment donné où...par exemple les patientes que je suivais en Angleterre qui poussaient une heure et demie elles étaient épuisées et souvent elles avaient un périnée hyper oedematié. Et que du coup tu as des déchirures qui filent un peu plus rapidement mais bon des fois franchement j'ai été vraiment surprise. Parfois en France elles auraient eu un forceps, le bébé en plus ne souffrait pas forcément. Je pense aussi surtout que quand t'as pas de péri, ce soit normal que ce ne soit pas, pas limité... enfin il y a des limites même pour la sage-femme hein. Au bout d'une heure et demie, t'en peux plus. Je sais pas si t'as déjà fait pousser une heure et demie mais pffff c'est infernal hein. C'est hyper fatigant. Je pense qu'une heure c'est bien. Je pense qu'au bout d'une heure, s'il n'est pas encore né, en général les patientes elles commencent à moins bien pousser et c'est plus vraiment efficace.

Mais en fait finalement c'est ça qu'elles font quoi. Finalement, au bout d'une heure elles se disent « bon ben on a fait une heure maintenant j'appelle » c'est ça ?

- Oui c'est ça.

Oui en général si t'as poussé une heure et que le bébé n'est pas né... effectivement c'est... Ben c'est beaucoup quoi. Mais une demi-heure c'est vraiment court par contre. C'est pour ça qu'il y a beaucoup d'endroit où ils appellent au bout de 20 minutes pour être sûr que le médecin soit là au bout d'une demi-heure. Et 20 minutes c'est rien quoi. C'est le temps qu'il te faut pour capter comment pousser quand t'as une péri.

C'est clair. Carrément. C'est ça qu'il faut faire. Oui parce que du coup c'est le cas avec les femmes qui n'ont pas de péri ou du coup des fois elles ont des pauses assez longues entre les contractions. Et surtout elles commencent à pousser très tôt. Elles commencent à pousser alors que le bébé commence à peine à s'engager puisqu'elles ressentent tôt l'envie de pousser et du coup elles ont une espèce de poussée involontaire assez précoce et puis... au final bon après tu peux adapter et elles peuvent faire une poussée en expirer mais en fait elles peuvent facilement être en train de pousser pendant une heure et demie pour un premier. Avec des pauses avec... c'est un peu logique quoi. Mais souvent je me demande « mais ça sort d'où ces 30 minutes ? »

- C'est un accord professionnel du CNGOF.

Ah bah ça me fait plaisir d'entendre ça du coup. Ça sort de rien en fait...

- Il existe en revanche, une étude qui montre que les pH ne sont pas moins bon au delà de 30 minutes.

Bah oui c'est bien. Après faut voir... Oui non non. D'autant plus que tu peux avoir des dommages du... de l'état néonatal dus à des forceps ou à une ventouse tu vois. Tu peux avoir un bon pH mais au final après ton bébé, il va avoir... il va avoir besoin d'antalgiques, il va avoir des... enfin il peut y avoir des effets secondaires dus aux forceps ou à la ventouse qui se voit pas au pH. T'es d'accord ? Donc c'est... Voilà quoi.

- Est ce que tu pourrais me donner une définition de l'autonomie ?

De l'autonomie ? euh... (rire) pffff Autonomie de...mais...autonomie... ca se rapproche de la liberté. L'autonomie... L'autonomie... C'est difficile comme question. Moi j'ai l'impression que c'est une liberté qu'on nous as permis d'acquérir... je ne sais pas comment dire. L'autonomie je sais pas comment... non c'est difficile. J'ai du mal à trouver la différence entre l'autonomie et la liberté... Définition d'autonomie. (à noter que l'interviewée n'est pas seule et qu'elle demande l'avis de la personne présente) J'ai l'impression que c'est parce que tu as eu des informations qui te permettent de faire un choix. Mais tu parles de l'autonomie des patients ou des sages-femmes ? Bon de toute façon tu me demandes une définition de l'autonomie. Oui c'est une espèce de liberté de libre choix qu'on t'as permise d'acquérir, je sais pas j'ai l'impression que c'est une notion de... pas d'éducation mais d'encadrement qui te permet d'acquérir le libre choix. Je sais pas j'en sais rien. C'est quoi la réponse ?

- Il n'y a pas de réponse.

Rire... Tu veux pas me la dire ?

- Il n'y a pas de réponse, il n'y a pas de bonne réponse. Mais est-ce que toi tu te sens autonome dans ta pratique de sage-femme.

Bah moi personnellement, en salle de naissance j'ai... j'ai plutôt tendance à... effectivement... par rapport à certaines de mes collègues j'ai l'impression d'être assez autonome mais bon après comme je te disais il y a des choses que je ne dis pas forcément et en même temps je me sentrais incapable de t'expliquer pourquoi j'ai fais pousser un quart d'heure la patiente avant et puis une demie heure derrière. Je me sens assez autonome. Ouais, quand même. Globalement oui. Mais bon parce que ça fait quand même longtemps que je suis aux Bluets, que je connais bien l'équipe que... Oui si j'étais dans un autre établissement je pense pas que... je ne sais pas si je me sentrais aussi autonome. Mais là pour l'instant ouais.

- Est-ce que tu penses que la limitation à 30 minutes, ce serait une entrave à l'autonomie.

Oui. Oui complètement. Je te dis moi pour l'instant, en fait j'ai jamais eu de soucis par rapport à ça et j'ai l'impression de... d'avoir des arguments à avancer si jamais on venait à me dire quoi que ce soit parce que je ne vais pas faire ça avec un rythme pathologique, parce que enfin tu vois, j'ai l'impression que j'ai des arguments.

Donc... Mais c'est vrai que quelque part quand même je cache un peu l'information parce que vraiment en réalité les 15 minutes d'essais c'est quand même 15 minutes de poussée donc c'est... Ouais non... c'est vrai qu'il y a quelques... C'est pas complètement... pas complètement libre sur ça. Je sais pas. En même temps je ne trouve pas ça très grave donc... (rire) On triche toute en fait.

- Est-ce que c'est une façon d'être autonome ?

Oui oui oui... mais par contre, en revanche c'est une vraie différence entre les nouvelles diplômées et les anciennes. Les nouvelles diplômées, je pense qu'elles sont pas autonomes et qu'on leur fait pas confiance et qu'elles sont obligées de se plier à des règles qui sont débiles. Tu vois je ne suis pas sûre que les nouvelles diplômées ici, elles examinent les patientes toutes les deux heures. A mon avis elles le font toutes les heures. Et je ne pense pas qu'elles s'autorisent à faire pousser $\frac{3}{4}$ d'heures. Tu vois je pense qu'il y a plein de choses... Aussi par rapport à la profession et aux diplômes de sage-femme n'est pas forcément bien reconnu comme il devrait l'être. Mais une fois que t'as de la bouteille et que les gens te connaissent, c'est différent.

- C'est du à l'expérience tu penses ?

Oui enfin bon tu sors de l'école enfin bon... Je ne sais pas...

- Bah justement tu parles du statut, qu'est ce que tu penses du mouvement actuel de la profession ?

Qu'est ce que tu veux dire ? Est ce que je les soutiens ? Oui bien sur. Oui évidemment. Bah si tu veux j'ai camper enceinte de 6 mois alors bon. J'ai campé un dimanche soir.

- Est-ce que tu penses qu'un changement de statut ça pourrait accroître l'autonomie ?

Oui bien sûr je pense oui. Oui oui. Ceci dit, sur ce sujet quand tu vois les sages-femmes anglaises, elles n'ont pas de reconnaissance médicale, je pensais qu'elles prescrivaient mais en fait elles prescrivent rien, mais elles gèrent uniquement la physiologie mais en toute autonomie. Mais pour autant elles ne sont pas considérées comme des professions... comme une profession médicale mais comme paramédicales. Elles font soit 3 ans d'études pour devenir sage-femme, soit elles

sont infirmière avec une spécialité de 18 mois de sage-femme. Et donc elles sont vraiment paramédicales mais elles gèrent des services de physio. Tu vois des services entiers avec de la suite de couche et des salles de naissances physiologiques où il n'y a pas de monito et il y a des baignoires etc... et il n'y a pas un médecin qui vient mettre son nez dans... dans ces salles. Les protocoles sont très clairs et elles transfèrent leurs patientes dès qu'elles détectent la moindre pathologie par contre. Dès qu'elles diagnostiquent une patho, elles transfèrent en salle de naissance classique mais avant qu'il y ait la moindre pathologie, c'est à elles de gérer l'intégrité euh l'intégralité du suivi quoi. Pourtant elles ont un statut paramédical. Donc bon... comme quoi ça pourrait être possible même sans... dans certains pays c'est possible même sans reconnaissance médicale quoi.

- A ton avis qu'est ce qui bloque ici ?

Pffff. Euh... Moi je pense qu'il y a une énorme part de responsabilité euh des sages-femmes. Et... bon après ça change peut être maintenant je ne sais pas comment c'est vous à l'école de sages-femmes. Mais nous à l'école de sages-femmes on a été vraiment limite maltraitée, harcelées moralement ect... donc on a été habituées à être traitée comme... Comme des sous-humains quoi. Mais du coup quand on arrive en salle de naissance à la maternité même en n'étant pas bien traitée on était quand même contente. C'est quand même mieux que l'école de sage-femme. Puis bon il y a le côté profession féminine mais en Angleterre c'est pareil. Euh c'est difficile à dire. Je sais qu'en Angleterre il y a énormément de choses qui ont changé quand les patientes... Les patientes et les patients se sont mobilisés pour demander à ce qu'il y ait plus de sages-femmes par demande de patientes. Elles sont à peu près deux fois plus nombreuses que nous pour 2 fois moins de naissances en Angleterre. En nombre elles sont plus importantes. Nous on est vraiment très peu nombreuses. En plus, du coup vu qu'on est peu nombreuse, on est débordées et quand tu sors du boulot t'as plus d'énergie pour te battre pour ta profession. Pis maintenant il y a du chômage déjà tu trouves un boulot t'es contente. Tu vas pas dire... En tous cas les patientes sont négligées, et du coup, en Angleterre elles ont vraiment une relation one to one vu qu'elles sont plus nombreuses.

- As-tu des choses à rajouter ?

Bah euh non. J'aimerais bien avoir le résultat de tes enquêtes. Je pense qu'on a des médecins nuls. Enfin on a des médecins qui ne savent pas interpréter les rythmes.

Puis en fait à Londres il y avait deux choses. On avait pas de limitation de temps pour pousser et en fait on avait le STAN et des cours sur le rythme géniaux, sur l'analyse du rythme cardiaque fœtal vraiment, vraiment super avec tu vois qu'est ce qui arrive en premier, d'abord c'est des ralentissements, puis ton rythme de base qui monte, ensuite tu perds ta variabilité mais t'as jamais une perte de variabilité d'un seul coup. Donc en gros moi, je ne m'inquiète plus jamais pour un rythme « pseudo plat » quand juste avant il était parfait et même si ça fait plus d'une demi-heure bah moi je m'en fous, je sais qu'il va se réveiller à un moment donné. S'il n' est pas devenu tachycarde, s'il y a pas eu de ralentissements entre deux enfin... et parce que bon d'abord c'est la façon de fonctionner de là-bas et les médecins ils savaient interpréter un rythme la bas des fois tu te retrouvais à attendre super longtemps avec des rythme vraiment horrible et du coup... moi j'ai pas tendance à sauter sur les femmes pour des petits ralentissements atypiques tu vois voilà. Bref. Et je trouve qu'il y a certains médecins chez nous qui euh... qui ne savent pas vraiment analyser des rythmes et qui vont avoir tendances à sauter sur la patiente, à faire un forceps et puis après au staff tu te fais tuer quoi. Avant ils ne voyaient pas et ils ne rentraient pas comme ça dans les salles alors que maintenant ils les voient de l'extérieur et au final eux ils ont pas l'habitude de voir des rythmes un petit peu intermédiaire. Eux ils voient que des rythmes pathos parce qu'on les appelle que pour ça. Enfin je sais pas je pense que les médecins ils sont pas tellement habituer à se poser, à s'interroger sur un rythme, alors que nous on s'interroge avant d'appeler alors que eux ils sont appelés... enfin je sais pas si tu vois ce que je veux dire. Donc dans le doute bah il n'y a pas de doute, ils préfèrent agir. Je crois qu'ils ont une pression énorme aussi hein.

Annexe V : Recommandations sur les efforts expulsifs

La phase d'expulsion débute avec le premier effort expulsif. C'est une phase à risque pour le fœtus du fait de la conjonction des contractions utérines et des efforts expulsifs maternels.

Pendant l'expulsion, les enregistrements recueillis par électrode de scalp ont les taux de perte de signal les plus faibles et permettent de recueillir un enregistrement de meilleure qualité que l'enregistrement par capteur externe (grade C).

Aucune étude n'a comparé auscultation intermittente et RCF continu pendant l'expulsion. L'oxymétrie de pouls fœtal n'est pas recommandée en phase d'expulsion (grade C). Il n'existe pas de données suffisantes pour recommander l'utilisation de l'ECG fœtal durant cette phase.

Les données de la littérature sur l'évaluation de l'acidose fœtale pendant la phase d'expulsion mettent en évidence une baisse du pH et une augmentation des lactates en cas d'anomalies du RCF (chute de 0,01 à 0,02 unité de pH par effort de poussée) (grade C).

En phase d'expulsion, les tracés sans anomalies représentent moins de 25 % des cas. La seule classification spécifique de la phase d'expulsion est celle de Melchior qui répartit les tracés en 5 types (de 0 à 4).

Les études faites sur l'expulsion ne permettent pas de donner des recommandations précises sur la durée des efforts expulsifs (grade C).

Elles permettent cependant de dire qu'il est préférable d'envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalies du RCF quand la durée de l'expulsion dépasse la moyenne admise (30 minutes chez la primipare) pour cette phase (grade C). L'existence d'anomalies du RCF, en fonction de leur gravité, devrait aboutir à une naissance assistée plus rapide (accord professionnel). Dans toutes ces situations et en fonction de l'éloignement de l'obstétricien, l'appel à un médecin doit être anticipé pour ne pas prolonger exagérément la durée de l'expulsion (accord professionnel).

Annexe VI : Recommandations sur la pratique des épisiotomies

Il n'est pas recommandé de réaliser *systématiquement* une épisiotomie chez la primipare (Grade B).

Il n'y a pas de preuves pour recommander la pratique *systématique* de l'épisiotomie en cas de manoeuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (Grade C).

La pratique *systématique* de l'épisiotomie ne se justifie pas en cas d'extraction instrumentale (Grade B). Le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (Grade B) mais le lien de cause à effet entre l'épisiotomie et les lésions périnéales sévères n'est pas établi. L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps (Grade A).

En cas de variété postérieure persistante, de présentation de la face, de présentation du siège ou d'accouchement gémellaire, il n'existe pas de preuves suffisantes pour indiquer la pratique *systématique* de l'épisiotomie (Accord professionnel).

Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique *systématique* de l'épisiotomie n'est pas nécessaire ; en effet dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré (Grade B).

Les antécédents de lésions périnéales du 3e et du 4e degré et les mutilations ne justifient pas une pratique *systématique* de l'épisiotomie.

Une politique libérale d'épisiotomies n'améliore pas l'état néonatal par rapport à une politique restrictive dans la population générale (Grade C). En cas de rythme cardiaque « non rassurant » pendant l'expulsion, il n'a pas été démontré que l'épisiotomie *systématique* améliorerait l'état néonatal.

Les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF de 1998 sur les modalités de naissance des enfants de faible poids concluaient à l'absence de données en faveur de la pratique *systématique* de l'épisiotomie chez le fœtus

prématuré ou atteint de retard de croissance in utero. Depuis cette date, aucun travail n'a modifié ces conclusions.

Dans toutes ces situations obstétricales spécifiques, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (Accord professionnel).

L'autonomie des sages-femmes : Lecture sociologique de leur gestion des efforts expulsifs dans deux maternités franciliennes

La France est le seul pays à avoir recommandé la limitation de la durée des efforts expulsifs à 30 minutes avant de recourir à une extraction instrumentale. Les études ne montrant pas de réelle indication, ces recommandations ne sont pas suivies dans toutes les maternités. L'objectif de ce mémoire est d'amener un regard sociologique sur l'autonomie des sages-femmes à travers cette pratique. Vingt entretiens ont été réalisés dans deux maternités franciliennes, (niveau 1 et niveau 3), étayés de phases d'observation participante. Il s'agit de mettre en lumière les similitudes et les différences de pratiques qui entourent l'accouchement, en faisant un focus sur la gestion des efforts expulsifs. C'est l'autonomie réelle et/ou ressentie de ces professionnelles de la physiologie qui est interrogée et ce qu'elles souhaitent pour l'évolution de leur profession. Notre étude révèle que cette autonomie est très différente dans les 2 équipes étudiées, résultats de négociations interprofessionnelles avec les obstétriciens très différemment menées et défendues. La non-soumission à des protocoles ou la participation à leur élaboration contribue fortement à l'autonomie des sages-femmes, elles-mêmes responsable de la durée des efforts expulsifs.

Mots-clés : profession de sage-femme, autonomie professionnelle, accouchement (procédure)

Midwives' autonomy: Sociological study about their management of expulsive efforts in two maternity around Paris

France is the only country to have recommended limiting the duration of expulsive efforts 30 minutes before instrumental extraction. Studies showing no real indication, these guidelines are not applied in all maternities. Objective of this study is to bring a sociological perspective on the midwives' autonomy through this practice. Twenty interviews were conducted in two maternity around Paris (level 1 and 3) , completed with phase of participant observation. The aim is to show the similarities and differences in practices surrounding childbirth, making a focus on the management of expulsive efforts. Physiology's professional are interviewed about their feeling of autonomy, or their real autonomy, and what they want to change in their profession. Our study reveals that this autonomy is very different in the two teams studied, consequence of different interprofessional negotiations with obstetricians. Non-compliance with the rules or participation in protocols' development contributes significantly to the midwives' autonomy themselves responsible for the duration of expulsive efforts.

Keywords: midwifery, professional autonomy, delivery, obstetrics